

213
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 12 Juillet 1892, à 4 heures.

PAR

François-Edmond MEUSNIER

Né à Paris le 16 Juillet 1864

HÉMOPTYSIES

CHEZ LES ENFANTS

Président : M. LABOULBÈNE, professeur

*Juges : MM. { POLAILLON, professeur
 { HUTINEL, GILBERT, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

111

UNIVERSITY OF MEDICINE OF PARIS

THESE

DE DOCTORAT EN MEDECINE

PRESENTÉE ET DEFENDUE

PAR M. LE DOCTEUR

CHEZ LES ENFANTS

DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

DE PARIS

PAR M. LE DOCTEUR

DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

DE PARIS

DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

DE PARIS

DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

DE PARIS

DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 12 Juillet 1892, à 4 heures

PAR

François-Edmond MEUSNIER

Né à Paris le 16 Juillet 1864

HÉMOPTYSIES

CHEZ LES ENFANTS

Président : M. LABOULBÈNE, professeur

*Juges : MM. { POLAILLON, professeur
 { HUTINEL, GILBERT, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN..... M.	BROUARDEL.
PROFESSEURS.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie.....	TILLAX.
Thérapeutique et matière médicale.....	N.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBENE
	STRAUS.
	(G.) SEE
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	BALL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	VERNEUIL
	LEFORT.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voix urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

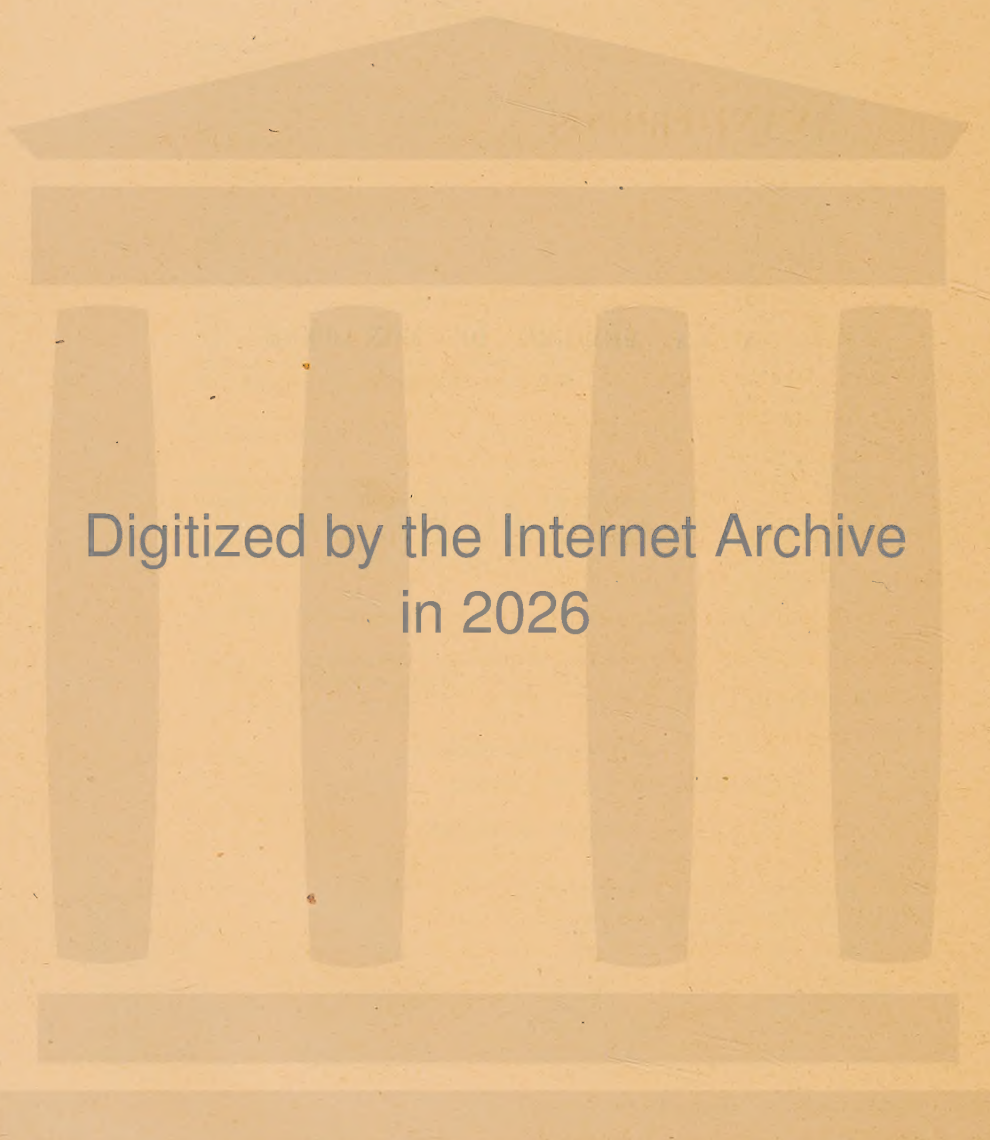
MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETTIERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESSAIGNES	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

ET DE MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554026_0064

AVANT-PROPOS

Les hémoptysies sont fort rares dans l'enfance. La tuberculose, la cause la plus fréquente de cet accident, est pourtant bien souvent observée dans le jeune âge. Les travaux de Dasmachino (1), Lannelongue (2), Grancher (3), Landouzy et Queyrat (4), d'Aviragnet (5), sont, à cet égard, des plus probants ; les statistiques ont montré que la tuberculose entraine pour une très-forte proportion dans la mortalité infantile. D'où vient donc que l'hémoptysie, qui fait partie du cortège symptomatique classique de la phtisie chez l'adulte, soit au début, soit dans le cours, soit à la période terminale de la maladie, ne se produise qu'exceptionnellement chez

(1). Damaschino. — Note sur la tuberculose des enfants à la mamelle, in Société Médicale des Hôpitaux. — 3 mai 1886.

(2). Lannelongue. — Tuberculose externe congénitale et précoce. Etudes clin. et expérimentales sur la tuberculose, publiées par M. le prof. Verneuil. — Masson 1887.

(3). Grancher. — Revue mensuelle mel. enfance 87.

(4). Landouzy et Queyrat. — Revue de médecine. — 10 mai 87. Queyrat. Th. Paris 86. — Tub. du premier âge.

(5). Th. Paris 92. — Tub. chez les enfants.

l'enfant ? A cette question, on peut répondre que la tuberculose ne présente point, d'habitude, chez l'enfant la même forme que chez l'adulte. La diffusion y est plus grande, la localisation en un point du parenchyme pulmonaire y est moins nette, fait qui explique aussi la prédominance des troubles généraux de la nutrition sur les symptômes locaux dans le premier âge ; enfin l'état des vaisseaux à cet âge est généralement bien différent de celui qu'ils présentent à un âge plus avancé, où ils ont si souvent, à des degrés divers cependant, perdu leurs qualités d'élasticité, de résistance, et en même temps de souplesse qui font leur solidité et s'opposent à leur effraction.

Quoiqu'il en soit, les hémoptysies peuvent se produire chez l'enfant, et les affections susceptibles de les engendrer sont très-différentes et très-nombreuses. Ce fait est bien connu, et quelques auteurs, surtout dans ces derniers temps, ont appelé l'attention sur certains cas d'hémoptysies survenues d'une façon foudroyante chez de jeunes enfants.

Ce n'est donc pas la description d'une nouveauté pathologique que nous avons ici la prétention de présenter. Mais ayant eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. le docteur Moizard, un cas de tuberculose chronique chez une petite fille de six ans, tuberculose à forme d'adulte, terminée par plusieurs hémoptysies abondantes, ayant d'autre part pu suivre dans le service de M. le professeur Grancher, deux autres petits malades qui furent emportés également par une pneumorrhagie ayant enfin constaté le peu de

développement que consacrent à ce chapitre séméiologique les traités de pédiatrie, nous avons pensé qu'un travail d'ensemble sur ce point, groupant les différents faits connus, pouvait présenter quelque intérêt, et l'avons, pour ce motif, choisi comme sujet de notre thèse.

Nous nous proposons donc d'étudier les différentes circonstances dans lesquelles on peut être amené à observer cet accident si rare. Nous serons ainsi conduits à parler des nombreux états morbides qui peuvent y donner lieu. Mais c'est surtout sur la tuberculose que nous insisterons, les quelques observations personnelles que nous possédons, ayant toutes trait à cette affection.

Nous avons, chemin faisant, cité à peu près tous les principaux auteurs qui ont parlé de l'hémoptysie infantile. Nous joignons à nos observations personnelles la plupart des observations qui ont été publiées sur ce sujet, avec la date de leur publication. Nous donnons enfin, en terminant, un index bibliographique aussi complet que nous avons pu.

La partie historique de la question se trouve donc, dans ces conditions, traitée au cours même de notre thèse.

Avant de commencer ce travail nous sommes heureux de pouvoir remercier les maîtres qui nous ont guidé pendant le cours de nos études médicales : Que MM. Duguet, Quinquaud, Delens, Brun, Oulmont, Champetier de Ribes et Moizard acceptent ce faible témoignage de notre reconnaissance.

Que M. le professeur Grancher, qui a bien voulu nous permettre de recueillir plusieurs observations dans son beau service des Enfants-Malades, reçoive aussi l'expression de notre vive gratitude.

M. le professeur Laboulbène nous fait aujourd'hui l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous tenons enfin à remercier vivement ici notre excellent ami Aviragnet qui nous a donné l'idée de ce travail.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'hémoptysie, chez l'enfant, a été observée à des âges très-différents : on en a noté chez des sujets de 3 mois, 4 mois, 7 mois, 14 mois, 2 ans, 4 ans, 7 ans. Mais elles sont tout-à-fait exceptionnelles chez le nouveau-né. Au dessus de 13 ans, la tuberculose, qui domine toutes les autres causes, tend à se rapprocher de la forme de l'adulte. A ce moment-là, on trouve, comme chez ce dernier, assez fréquemment les grandes cavernes du sommet, on peut trouver aussi les hémoptysies du début, tout-à-fait rares avant cet âge, si même elles existent.

Cependant des cavernes pulmonaires ont été rencontrées dès les premiers mois de la vie ; Henoch en rapporte plusieurs cas. Demme en a trouvé un exemple à l'autopsie d'un enfant de douze jours (1).

Le sexe ne paraît pas avoir une influence bien considérable. Toutefois, le sexe masculin semblerait plus prédisposé, à l'encontre de ce qui a lieu chez l'adulte.

Une mauvaise alimentation, une hygiène défectueuse, de même qu'elles contribuent au développement de l'athrepsie et de la tuberculose, peuvent, en favorisant la déchéance de toutes les parties constituant de l'économie, avoir une certaine part dans l'apparition de l'hémoptysie.

D'ailleurs toutes les maladies débilitantes susceptibles de produire, soit par altération du sang, soit par ralentissement de son cours, des coagulations sanguines dans

(1). D'Espine et Picot.

les vaisseaux pulmonaires profonds, peuvent donner lieu à des congestions passives en amont de l'obstacle, une augmentation de la tension sanguine et la sortie du sang des vaisseaux.

L'hémoptysie peut, comme d'autres hémorrhagies, et surtout l'épistaxis qui elle au contraire est fréquente, s'observer chez les enfants qui présentent une tendance marquée aux hémorrhagies muqueuses, chez les sujets à constitution hémophilique.

L'établissement des règles chez certaines petites filles peut s'accompagner de troubles assez divers dont l'un et à coup sûr non des moins intéressants, est, par suite d'une déviation de la fonction menstruelle, la production d'hémoptysies survenant d'une façon périodique pendant quelques mois. Ces hémoptysies cataméniales, mises en doute par Pidoux, qui, dans ces cas, suspectait la tuberculose, ont souvent coïncidé avec des troubles névropathiques.

Mentionnons enfin, pour finir ce qui a trait aux hémoptysies *primilives* ou *idiopathiques*, les hémoptysies que quelques auteurs (Dehaen, Latour) ont signalées à la suite d'un chant forcé, chez de jeunes sujets, en état de parfaite santé apparente.

Les hémoptysies *secondaires* ou *deuthéropathiques* de beaucoup les plus importantes, peuvent se rencontrer dans un grand nombre d'affections aiguës ou chroniques.

Les affections aiguës qui peuvent occasionner l'hémoptysie chez l'enfant peuvent être des affections générales, et, au premier rang, il faut placer les fièvres éruptives, la rougeole, la scarlatine, la variole et le purpura hemorrhagica.

M. Sanné a observé deux cas de scarlatine dans lesquels il y eut des hémoptysies à répétition. Les enfants, qui ne pouvaient être suspectés de tuberculose, succombèrent assez rapidement. Les différentes hémorrhagies qui se produisent parfois dans le cours de la scarlatine peuvent s'observer en dehors de la scarlatine maligne à forme hémorrhagique, aux différentes périodes de la maladie.

A côté de ces cas de fièvres éruptives, déterminant par elles-mêmes, au sein du poumon, des phénomènes congestifs assez intenses pour provoquer le rejet de sang en quantité notable par les voies respiratoires supérieures (et les autopsies dans lesquelles on a trouvé des noyaux d'apoplexie pulmonaire noirs, demi-liquides, le prouvent surabondamment), il faut noter les cas où les fièvres éruptives (rougeole, varicelle), ont hâté d'une façon évidente le développement de la tuberculose chez des sujets prédisposés, et peut-être agi sur le phénomène hémoptysie. Sanné cite un enfant qui fut pris d'hémoptysie deux mois après le début d'une scarlatine, et chez qui on reconnut à l'autopsie l'existence de lésions tuberculeuses.

Pour Barthez et Sanné, l'hémoptysie dans le cas de purpura est très-rare ; les crachements de sang qu'on observe si souvent chez les enfants atteints de cette affection proviennent, pour ces auteurs, de la bouche ou du nez

Bouchut est plus affirmatif.— Il déclare avoir observé, dans le purpura hémorrhagique, et l'épistaxis et l'hémoptysie.

« Des hémorrhagies miliaires de la peau, dit-il, des ecchymoses sous-cutanées et des écoulements de sang par les muqueuses de la bouche, du nez, des *poumons*, de l'estomac, de la vessie, avec ou sans fièvre feront reconnaître le purpura hemorrhagica. »

« Il résulte de la fragilité des muqueuses, dit M. le docteur Martin de Gimard (1), dans sa thèse sur le purpura hémorrhagique primitif, que toutes peuvent donner lieu à des hémorrhagies ; il peut y avoir hématurie, hémartémèse, melœna, otorrhagie, stomatorrhagie, épistaxis, *hémoptysie*, et métrorrhagie. » Mais dans aucune de ses observations de purpura infectieux chez des enfants nous n'avons vu que des hémoptysies aient été constatées.

La grippe est relativement peu fréquente dans le premier âge ; dans les récentes épidémies, les enfants, ont été en majorité épargnés (2). Il y a eu toutefois des cas de grippe assez intense à forme pulmonaire chez des enfants, et M. le docteur Legroux a pu observer, dans sa clientèle, le cas d'un enfant de trois ans qui fut pris, dans le cours d'une grippe assez sérieuse, d'une hémoptysie assez abondante : l'enfant guérit. (*Voit l'observation*).

Parmi les maladies générales aiguës qui déterminent parfois la production d'hémoptysie chez l'enfant, nous pouvons encore citer avec Mantel (3), la rage et le tétanos.

(1). Martin de Gimard. — Du purpura hémorrhagique primitif. Th. Paris 1886.

(2). Moizard (communication orale).

(3). Mantel. — Progrès médical 87.

Nous avons eu sous les yeux plusieurs observations de cas de rage chez des enfants ; (1) nous n'avons dans aucune, trouvé l'hémoptysie signalée : dans deux de ces observations, cependant, il est noté une mousse sanguinolente abondante qui sortait de la bouche et recouvrait les lèvres ; d'autre part, à l'autopsie, on rencontra une congestion prononcée de la base des poumons. Ces deux faits peuvent-ils être rattachés l'un à l'autre, et le second peut-il indiquer la source du sang mélangé au liquide muqueux expectoré ? Nous n'oserions l'avancer.

Dans un cas de tétanos terminé par la guérison, observé chez l'enfant par M. Baudoin, le crachement de sang abondant a été relaté (2).

Si nous passons au groupe des maladies aiguës pulmonaires, nous trouvons la coqueluche et la pneumonie.

Au sujet de la coqueluche, les auteurs sont loin de s'accorder. Trousseau les dit « assez communes. » Bouchut les admet, et cependant il insiste sur la nécessité qu'il y a de bien rechercher la source du crachement de sang. « J'ai vu à l'hôpital Sainte-Eugénie, dit-il dans son traité des maladies des enfants, un enfant de deux ans et demi qui rendait tous les jours une cuillerée de sang pur par la bouche au moment de chaque quinte, de manière à colorer très-fortement l'expectoration muqueuse qui lui succédait immédiatement. Ce sang venait de l'arrière-bouche. » Frank a mis aussi les

(1). La rage chez les enfants. — Par le docteur A. Ollivier. Rev. mens. mal. enf. oct. 87.

(2). Un cas de tétanos traumatique chez l'enfant. — M. Baudoin Rev. mal. enf. 87.

hémoptysies au rang des complications de la coqueluche. Archambault les nie. — Henri Roger, dans les leçons cliniques de l'hôpital des enfants malades, conteste la réalité de ces hémoptysies qu'il appelle pseudo-hémoptysies.

Pour Barthez et Sanné (1), elles existent certainement, c'est un fait avéré. Ils en ont observé cinquante cas. L'enfant ne rend jamais que de très-petites quantités de sang qui est rarement pur, rouge et spumeux, mais mélangé aux mucosités expectorées après les quintes. C'est un phénomène dont on doit être prévenu de la possibilité, et qui ne doit pas par conséquent éveiller l'idée de la tuberculose.

Les hémoptysies de la coqueluche ont certainement pour source, d'après ces deux derniers auteurs, la surface des bronches. Quelques auteurs ont dit que, restreintes dans de justes limites, elles étaient un symptôme de favorable augure, sans aller jusque-là, il faut dire qu'elles n'offrent pas une grande gravité.

Ajoutons que, comme la rougeole, la coqueluche prédispose à la tuberculisation des poumons, et agit, en même temps, sur les ganglions bronchiques.

La pneumonie aigüe peut provoquer l'hémoptysie, et Bouchut (2) affirme en avoir vu un exemple.

(1). Barthez et Sanné. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants.

2). Bouchut. — Maladies des nouveaux-nés.

Le docteur Hare, dans une discussion qui eut lieu à la Path. Society of London, a signalé un cas de pneumonie avec hémoptysie chez un enfant de 4 ans ; l'enfant survécut jusqu'à l'âge de 10 ans.

Nous ne ferons que mentionner l'apoplexie pulmonaire parmi les affections aiguës du poumon pouvant occasionner des hémoptysies, car elle n'est presque jamais idiopathique : elle complique toujours d'autres états morbides ; c'est elle qui en somme est la cause immédiate des hémoptysies qu'on observe dans les fièvres éruptives surtout à forme hémorrhagique, dans le purpura hémorrhagique, dans la pneumonie secondaire, et d'ailleurs, l'apoplexie pulmonaire sans hémoptysie est plus fréquente que l'inverse.

Abordons maintenant la classe des hémoptysies provoquées chez l'enfant par les maladies chroniques.

Toutes les affections du cœur qui produisent, par suite de la gêne circulatoire, une congestion pulmonaire suffisante, peuvent donner lieu au crachement de sang. Les lésions mitrales, et, en particulier, le rétrécissement mitral ont pu, dans certains cas, comme chez l'adulte, déterminer le rejet de sang par les voies respiratoires supérieures.

Cela est vrai surtout pour les sujets de la deuxième enfance. — Chez les nouveau-nés, la véritable cause des hémoptysies dépendant du cœur est la malformation, l'arrêt de développement du cœur ou des gros vaisseaux de la base de cet organe, produisant l'ensemble des troubles qui constituent la cyanose. « On observe souvent dans cette affection, disent d'Espine et Picot, des épistaxis, des *hémoptysies* ou des hémorrhagies par les gencives. »

On a décrit, chez les enfants, même au début de la vie, d'autres affections de l'appareil circulatoire. C'est ainsi que l'anévrysme de l'aorte a été constaté (1). Cette même affection, chez l'adulte, est quelquefois l'origine d'hémoptysie : le même accident n'a pas été signalé chez l'enfant.

Mais parmi les affections chroniques que peut présenter l'enfant, deux surtout méritent notre attention : La *gangrène pulmonaire* et la *tuberculose*.

Pour Rilliet et Barthez, la gangrène pulmonaire est la cause qui produit le plus souvent l'hémoptysie secondaire dans l'enfance. Il faut toutefois ajouter que la gangrène pulmonaire est rare dans l'enfance, beaucoup plus rare que la tuberculose. Dans la gangrène pulmonaire, l'expectoration peut-être d'abord séreuse, puis purulente, puis sanguinolente ; le sang est noir et extrêmement fétide, mais en très petite quantité, ce sont des crachats hémoptoïques, tantôt il est battu avec l'expectoration à laquelle il donne l'apparence d'une mousse aux framboises (2), tantôt, et c'est ce qui se produit au moment de l'élimination des eschares, le sang noir et fétide, est rejeté en grande quantité, il y a véritable hémoptysie. Mais, fait assez particulier à signaler, il arrive souvent que l'hémoptysie précède plus ou moins la fétidité de l'haleine et de l'expectoration, comme si l'hémoptysie avait été la cause de la nécrose du tissu pulmonaire. On a pu en effet se demander si, dans ce cas, ce n'est pas le sang, qui s'est épanché dans le parenchyme du poumon, qui, après l'avoir comprimé,

(1). Anévrysme de aorte et athéromasie aortique dans l'enfance, Sanné. — Rev. mens. mal. de l'enfance, 1887.

(2). D'Espine et Picot.

dissocié et dilacéré, a contribué à déterminer sa mortification. Cette explication est peu admissible, étant données les idées qui ont cours aujourd'hui sur la pathogénie de la gangrène. Ajoutons que les faits de gangrène pulmonaire sans hémoptysie sont peut-être ceux qui s'observent le plus souvent.

Nous arrivons maintenant à la cause la plus fréquente de l'hémoptysie, la tuberculose. Elle peut provoquer l'hémorragie de deux façons : ou bien *directement*, quand l'hémoptysie est provoquée par la tuberculose du parenchyme pulmonaire proprement dite, ou *indirectement* quand elle est le résultat de l'ulcération d'un des vaisseaux pulmonaires par un ganglion hypertrophié caséeux.

La tuberculose pulmonaire provoque très-rarement l'hémoptysie à son début, chez l'enfant. C'est à la période terminale ou dans le cours de la phtisie chronique que l'on a observé cet accident. Il peut tenir à l'ouverture d'un des vaisseaux proches d'une caverne : il s'agit là de phtisie ulcéreuse. L'hémoptysie peut encore survenir du fait de la rupture d'un anévrysme d'une des branches de l'artère bronchique ou pulmonaire, anévrysme de Rasmussen, conséquence de l'artérite tuberculeuse, récemment étudiés à nouveau par Menetrier (1), et sur la constitution et la formation desquels nous reviendrons à propos de l'anatomie pathologique.

Telle est la pathogénie ordinaire de l'hémoptysie causée directement par la tuberculose pulmonaire.

(1). Menetrier. — Archives de médecine expérimentale, janv. 90.

La deuxième cause, celle que nous avons appelée *indirecte*, est l'adénopathie trachéo-bronchique.

On sait combien chez l'enfant le système lymphatique est susceptible, combien les vaisseaux sont perméables, avec quelle facilité les ganglions s'hypertrophient et se transforment, dès qu'en un point du territoire de leurs vaisseaux afférents, survient un phénomène morbide. Cela est vrai surtout pour la tuberculose. Aussitôt que le poumon est touché, les ganglions trachéo-bronchiques s'hypertrophient et se transforment en masses caséuses pouvant atteindre un volume considérable. La lésion pulmonaire est souvent encore à peine perceptible que déjà l'hypertrophie des ganglions correspondants, peut être décelée, à tel point qu'on a pu dire qu'ils reflètent comme un miroir l'état du poumon. C'est en effet l'opinion généralement admise que l'adénopathie est secondaire. Quelques auteurs cependant ont affirmé dans ces derniers temps la possibilité d'une tuberculisation ganglionnaire primitive.

Quoiqu'il en soit, cette adénopathie peut devenir une cause puissante d'hémoptysie et la produire par deux procédés.

Ou bien la masse caséuse ganglionnaire détermine la compression d'un vaisseau important et devient ainsi la cause d'une gêne circulatoire considérable, et il suffit alors que sous une influence quelconque, la pression sanguine soit augmentée, pour que les vaisseaux, distendus

autre mesure et souvent affaiblis par la dégénérescence tuberculeuse de leurs tuniques, se rompent, donnant ainsi lieu à l'issue d'une quantité variable de sang ; ou bien le ganglion caséux hypertrophié subit à un moment donné la fonte du centre à la périphérie, se transforme en une caverne plus ou moins vaste qui va s'ouvrir dans une bronche d'abord et souvent en même temps dans un vaisseau, déterminant une autre variété d'hémoptysie.

Mais, comme le font remarquer Rilliet et Barthez, l'ulcération d'un vaisseau par un ganglion caséux est beaucoup plus rare que l'ouverture de la trachée ou d'un conduit bronchique (1), et ce fait tient à ce que les vaisseaux flexibles, mobiles, souples, fuient devant la masse néoplasique, tandis que la trachée ou les bronches rigides et fixes adhèrent rapidement et se laissent facilement éroder et ouvrir.

Dans quelques autopsies, on a trouvé les nerfs pneumogastriques manifestement altérés par la compression des ganglions caséux hypertrophiés. C'était là les seules lésions appréciables. Le siège et la source de l'hémorragie restèrent impossibles à découvrir. Il y a lieu de se demander si, dans ces cas, l'hémoptysie ne serait pas liée à des troubles trophiques du poumon consécutifs à l'altération des nerfs vagues ? Les expériences physiologiques

(1). Baréty, (Th. Paris, 1874), sur 101 cas d'adénopathie tuberculeuse recueillis sur des individus de tous âges, a noté 21 fois l'ulcération de la trachée ou des bronches. L'œsophage n'était perforé que 5 fois et l'artère pulmonaire 3 fois.

ont montré en effet que la section du pneumogastrique produisait des noyaux de congestion œdémateuse des poumons.

Tels sont les processus de nature tuberculeuse qui, chez les enfants, peuvent aboutir à l'hémoptysie.

Il nous reste pour terminer ce chapitre de pathogénie, à appeler l'attention, comme l'a fait Mantel (1), dans son travail, sur l'influence que peut avoir, sur la production des hémoptysies chez les enfants, l'altération des vaisseaux dépendant de l'hérédosyphilis. Sous cette influence, l'intégrité du système vasculaire particulière à la première enfance, dont nous avons déjà parlé pour expliquer la rareté de l'hémoptysie à ce moment de la vie, cette intégrité n'existe plus. Les vaisseaux perdent leurs caractères de vaisseaux jeunes, leurs parois s'épaississent, ils se rapprochent des vaisseaux d'adultes, et, par là même, sont exposés à se rompre aussi facilement que ceux-ci. — La syphilis deviendrait alors une cause prédisposante importante de l'hémoptysie, et devrait toujours être recherchée. On prévoit déjà quelle utilité on peut tirer d'une pareille notion au point de vue du traitement préventif de l'accident qui nous occupe chez un petit tuberculeux.

Quant à savoir si les lésions hérédosyphilitiques du poumon peuvent par elles-mêmes et sans l'auxiliaire puissant de la tuberculose déterminer l'hémoptysie chez l'en-

(1). Mantel. — Trav. déjà cité.

fant, nous avons n'avoir rencontré aucune observation qui nous permette de répondre affirmativement à cette question, bien que, dans la syphilis congénitale, on puisse observer une véritable diathèse hémorrhagique (1).

Chez le nouveau-né venu avant terme, et sans aucune tare d'hérédosyphilis, on a observé quelquefois, peu de temps après la naissance, des hémoptysies confirmées à l'autopsie par la présence de sang liquide dans le larynx, la trachée et les bronches, et par des foyers assez étendus d'apoplexie pulmonaire. — On ne peut guère expliquer cet accident hémorrhagique qu'en admettant, en l'absence de toute autre lésion, la persistance d'un état embryonnaire des vaisseaux pulmonaires.

Nous terminerons ce qui a trait à l'étiologie en signalant un fait fort intéressant relatif à un cas d'hémoptysie pouvant se produire chez le nouveau-né athrepsique par un mécanisme tout-à-fait spécial. On sait combien dans cette affection générale les troubles digestifs, et, en particulier, les vomissements sont fréquents. On a vu, dans ces conditions, le suc gastrique chassé de l'estomac par vomissements ou régurgitation avec le contenu stomacal, ne pas arriver jusqu'à l'orifice buccal de l'enfant qui ne sait ni cracher ni rejeter les liquides qui l'embarrassent, mais revenir pour ainsi dire sur ses pas, rétrograder, pénétrer dans le larynx et la trachée, attaquant ensuite le poumon et opérant une véritable digestion de cet organe.

(1). Hémorrhagies et Syphilis, par Hartman et Pignot. —

M. Hutinel, aux Enfants Assistés, nous a dit avoir observé une hémoptysie survenue chez un nouveau-né, hémoptysie dont la cause ne pouvait être attribuée qu'à cette digestion du poumon par le suc gastrique tombé dans les voies respiratoires. (1) (*Voir l'observation XXXIII*).

(1) *Parrot. — L'Athrepsie.* — Parrot donne dans cet ouvrage, trois observations dans lesquelles il y eut pénétration de chyme dans les voies respiratoires, et ramollissement chimique du poumon consécutif. — Dans les deux premières, cette pénétration du suc gastrique dans les voies respiratoires, détermina la mort des enfants dont l'un de deux mois, et l'autre de onze mois. Voici l'interprétation de la mort de ces enfants telle que la donne Parrot :

« Pendant le sommeil, une régurgitation s'est produite, qui a rempli de bouillie gastrique la région sus-œsophagienne du tube digestif. Les actes respiratoires, surpris et troublés par l'irruption subite et la présence de cette matière irritante à l'entrée du larynx se sont accomplis d'une manière désordonnée, l'épiglotte ne protégeant plus les voies respiratoires, un flot de chyme, dans un mouvement d'inspiration, s'y est introduit, et par l'obstruction de petites bronches a déterminé la mort. Quant au ramollissement pulmonaire et aux autres lésions qui l'accompagnent, il faut y voir le résultat de la *digestion* du parenchyme par la bouillie gastrique. »

Symptomatologie

Le phénomène hémoptysie n'est qu'un symptôme qui, quelle qu'en soit la cause, se montre à peu près toujours le même. — Il est toutefois souvent assez délicat d'établir d'une façon rigoureuse l'origine du sang rejeté par la bouche ou par le nez, chez l'enfant, et, avant d'admettre chez lui, que la source de l'hémorrhagie réside au niveau de la muqueuse respiratoire, il est nécessaire d'avoir bien déterminé la façon dont l'accident s'est produit, quelle en a été la cause déterminante, quelle a été la quantité du sang rendu et quelles sont ses qualités, bien que chez l'enfant, le sang rendu par l'hémoptysie ne présente pas toujours le même aspect, ni les mêmes caractères.

Chez le nouveau-né, qu'il s'agisse de cyanose, de digestion du poumon, ou simplement d'état embryonnaire des vaisseaux du poumon, l'hémoptysie se fait peut-être d'une façon un peu spéciale, en ce sens que le sang sort souvent sans secousse, sans effort, par régurgitation pour ainsi dire. Ce qui de ce sang n'a pas été avalé s'écoule hors de la bouche sous la forme d'un liquide rougeâtre quelquefois un peu spumeux.

A un âge plus avancé, si l'hémoptysie est primitive ou idiopathique, qu'elle soit liée à une constitution hémophilique, qu'elle soit supplémentaire, qu'elle se produise dans le cours d'une bonne santé apparente, d'une façon inopinée, comme dans le cas de Dehaen et Latour, le phénomène physique en lui-même reste identique. Seules les circonstances, au milieu desquelles il éclate, diffèrent. Tantôt on a tous les signes d'une santé florissante, tantôt

les symptômes d'un tempérament à tendance hémorrhagique, tantôt enfin on a pour se guider la périodicité de l'apparition du sang, tout cela naturellement sans le moindre phénomène thoracique permettant de soupçonner le bacille.

De même pour les hémoptysies secondaires, survenant dans le cours des maladies aiguës générales, fièvres éruptives grippe, purpura. Ce sont ces différentes affections elles-mêmes qui donnent à l'hémoptysie un intérêt particulier, au point de vue de la symptomatologie, car l'hémoptysie se présente toujours à peu près semblable.

Nous en dirons autant des affections aiguës pulmonaires. Pour la coqueluche cependant, il faut noter qu'on n'a pas observé d'hémoptysies bien abondantes. Dans tous les faits rapportés, malheureusement trop succinctement, par les auteurs, il est presque toujours question de petites quantités de sang rejetées pendant plusieurs jours, après les quintes de toux, en même temps que les mucosités.

Quand aux maladies chroniques, s'il s'agit d'une lésion congénitale du cœur, de cyanose par exemple, le symptôme hémoptysie se trouvera inclus dans le tableau symptomatique de cette affection qu'on reconnaîtra en général facilement à l'ensemble des signes classiques suivants, précocité habituelle de l'apparition des accidents, coloration bleuâtre de la peau, déformation caractéristique des doigts et existence de frémissement cataire et d'un bruit de souffle au cœur.

Le crachement de sang qui, chez l'enfant, serait dû à une affection valvulaire du cœur, se produirait de la même façon que chez le cardiaque adulte. Il est, croyons-

nous, peu utile de s'y arrêter longuement.

Nous abordons enfin la symptomatologie de l'hémoptysie propre à la gangrène pulmonaire et à la tuberculose.

L'hémoptysie est un symptôme caractéristique de la gangrène pulmonaire dans l'enfance, mais on doit dire qu'elle manque souvent. Rilliet et Barthez ne l'ont observée que quatre fois sur seize cas, et cependant, pour eux c'est l'affection qui occasionne le plus souvent l'hémoptysie dans le premier âge. On sait que c'est dans cette affection que l'expectoration, si rare d'habitude chez l'enfant, se présente le plus fréquemment. L'expectoration est d'abord simplement séreuse ou purulente, puis les crachats sont striés de sang fétide, ou bien l'expectoration est battue avec le sang, de façon à ressembler à une mousse d'un rouge framboisé, enfin parfois, à la période d'élimination des eschares, il y a rejet de grandes quantités de sang noir et fétide.

Ici l'hémoptysie sera rattachée facilement à sa véritable cause et par le fait de ses caractères propres et aussi par le tableau clinique au milieu duquel on l'observe. La coloration terreuse du visage, la prostration des forces, la dyspnée, la toux, la faiblesse, la petitesse du pouls, la fièvre vive, l'inappétence, la diarrhée, la fétidité de l'haleine, quand on a reconnu chez le petit malade ni noma, ni gangrène du pharynx, sont autant de signes qui permettront d'affirmer, même chez un jeune enfant, la production de l'hémoptysie dans le cours de la gangrène pulmonaire.

Pour ce qui concerne la grande cause de l'hémoptysie, la tuberculose pulmonaire, on doit dire tout d'abord que,

le plus souvent, une hémoptysie considérable survenant chez l'enfant tuberculeux est suivie rapidement de la mort. Cependant, il est des cas où la mort n'est survenue que longtemps après l'hémorrhagie, mais il faut pour cela que celle-ci ne soit pas très abondante. Enfin dans un assez grand nombre de cas, l'hémoptysie, très-peu considérable, peut passer inaperçue, l'enfant ne sait pas cracher, il avale le sang qui est évacué alors sous forme de melœna. Donc, comme l'indique Mantel (1) dans son travail, on peut diviser les hémoptysies chez l'enfant tuberculeux, en trois groupes :

1° Les hémoptysies du début, latentes, peu abondantes et passant inaperçues très-fréquemment, pouvant cependant être décélées sous forme de melœna.

2° Les hémoptysies apparentes, permettant la survie, précédant souvent de peu les hémoptysies terminales, affaiblissant beaucoup l'enfant et d'un pronostic très-fâcheux.

3° Enfin les hémoptysies abondantes terminales.

La cause déterminante de l'hémoptysie peut-être une quinte de toux, un effort, un cri, l'administration d'un vomitif, l'ingestion d'un aliment ou d'une boisson, une secousse imprimée au malade, ou même une émotion morale, une frayeur. Mais souvent l'accident semble éclater spontanément. L'enfant éprouve soudain une sensation de chaleur, de gêne, de grattement au larynx, ou bien il se sent suffoqué, il s'assoit sur son lit, et rejette à flots, par la bouche et par le nez en même temps,

(1) Mantel.

une grande quantité de sang. Quelquefois l'hémoptysie est devancée et annoncée par une épistaxis, quelquefois encore elle est précédée de petites hémoptysies analogues à celles qui présagent la rupture d'une poche anévrysmale. Le sang est quelquefois vermeil, rutilant, spumeux, comme chez l'adulte, « prenant l'aspect de l'écume qui se produit dans un vase lorsqu'on saigne un animal. » (1) En général, il est noir, n'écume point ; c'est du sang mélangé aux liquides de l'estomac, sang déjà altéré par son séjour dans cet organe. C'est qu'en effet le sang qui s'écoule d'abord en petite quantité est avalé d'abord par l'enfant. D'autre fois, l'enfant rend d'abord du sang provenant de l'estomac, c'est du sang d'hématémèse, noir et déjà plus ou moins altéré, comme précédemment ; puis, l'hémorragie causée par l'ulcération d'un gros vaisseau continuant, le sang provenant du poumon rencontre la colonne de liquide qui s'échappe de l'estomac, il est refoulé dans le larynx, la trachée et les bronches, détermine de ce fait une violente quinte de toux, et alors il est rejeté directement par hémoptysie sans passer par les voies digestives, mais se mélange à l'autre, celui de la colonne liquide qui vient de l'estomac. C'est l'hémato-hémoptysie de Mantel.

Si cette hémorragie est considérable, l'enfant pâlit, le pouls se ralentit, devient filiforme, les extrémités se refroidissent, une sueur glacée perle sur le visage et l'enfant meurt. D'autre fois, l'aspect clinique n'est pas aussi sombre, les signes sont moins accentués, et le petit

(1) Trousseau.

malade revient peu à peu à lui, mais c'est là une rémission qui sera de courte durée, le plus souvent cette hémoptysie précède de peu les hémoptysies terminales. Enfin, il peut ne plus se produire d'hémoptysie apparente, l'enfant reste extrêmement affaibli après cette perte de sang, et l'affection causale affecte une marche plus rapide jusqu'à la mort.

Dans un cas, cependant, M. le Dr Legroux, nous a dit avoir noté au contraire une atténuation manifeste des symptômes morbides, une amélioration marquée de l'état général, à la suite d'une hémoptysie assez copieuse survenue chez un jeune tuberculeux. comme si cet accident avait agi d'une façon salutaire, en décongestionnant l'organe. (Voir l'observation).

Chez un enfant atteint de tuberculose, il est bon de surveiller l'état des selles. Il peut arriver, en effet, qu'on observe ainsi du melœna, fait qui révèle une hémoptysie qui aurait sans cela passé inaperçue et qui donne la raison d'un affaiblissement graduel, d'une perte de poids, d'une flaccidité des chairs et d'une teinte cireuse des téguments que rien ne semblait expliquer.

Telles sont en somme les circonstances dans lesquelles l'hémoptysie se produit le plus habituellement chez l'enfant atteint de tuberculose et les signes auxquels elle donne lieu. Quand aux signes physiques liés directement à l'hémorrhagie, ils sont nuls ou sans valeurs. L'auscultation de la poitrine pendant le crachement de sang révèle quelquefois l'existence de râles bronchiques dans une étendue plus ou moins considérable, et ces phénomènes peuvent servir à déterminer la région de l'appareil respiratoire qui

est le siège de l'hémorrhagie. Mais à cela, (absolument comme chez l'adulte), se réduisent les signes physiques tirés de l'examen de la poitrine et liés directement à l'hémorrhagie.

Mais, parmi les signes dus aux lésions qui ont créé la bronchorrhagie, il en est sur lesquels il est important d'insister. On sait que l'hémoptysie chez l'enfant tuberculeux est souvent le fait de l'hypertrophie ganglionnaire, que ce soit par compression vasculaire et gêne circulatoire consécutive, ou qu'il se fasse un ramollissement des ganglions caséux et ulcération vasculaire. Il sera donc utile au point de vue du pronostic, chez un petit tuberculeux de chercher à se rendre compte de l'importance qu'a atteinte l'adénopathie trachéo-bronchique, celle-ci pouvant, à un moment donné, devenir le point de départ d'accidents hémorrhagiques très sérieux. Et il est très-possible, par une auscultation et une percussion minutieuses des régions de la poitrine correspondant aux masses ganglionnaires, d'arriver à être fixé sur ce point. Dans le cas de tuberculose ganglionnaire trachéo-bronchique, on trouve deux zones de matité, une en arrière, dans l'espace interscapulaire, une autre en avant dans la région du manubrium, entre les articulations sterno-claviculaires. A l'auscultation, si les ganglions compriment seulement la trachée, on observera de la bronchophonie dans l'espace interscapulaire, et plus fréquemment à droite qu'à gauche. Si les ganglions forment des masses plus considérables, et co-existent avec des lésions du poumon, ils peuvent constituer par adhérences de contiguité, de véritables ponts résistants (ganglio-pneumo-pleuraux) qui servent de conducteurs du son et transmettent à l'oreille, en les

renforçant, les bruits qui se produisent dans la partie du poumon atteinte. Ils mettent en effet l'oreille directement en contact avec les grosses bronches, et permettent d'entendre en divers points du thorax, des gargouillements, de la respiration soufflante ou caverneuse. Ils font office de véritables résonnateurs. (1). Tous les jours, actuellement, dans la clinique, on diagnostique l'adénopathie trachéo-bronchique chez les enfants. Nous sommes loin de l'époque où Berton, auquel nous avons emprunté deux observations complète d'hémoptysie dans l'enfance, disait dans son traité pratique des maladies des enfants : « On ne peut que soupçonner tout au plus, l'existence d'un état pathologique des ganglions bronchiques. »

De même il sera très-utile de connaître les antécédents héréditaires et personnels d'un enfant atteint de bacillose pulmonaire et la découverte d'antécédents héréditaires de syphilis, ou de stigmates d'hérédo-syphilis, fera supposer un système vasculaire défectueux, fera craindre l'hémoptysie accident d'un pronostic si grave chez l'enfant, et permettra d'agir en conséquence.

(1) D'Espine et Picot.

Anatomie pathologique

Quand on pratique l'autopsie d'un enfant mort d'hémoptysie foudroyante, deux points frappent généralement l'observateur :

1° L'état de l'estomac, presque totalement rempli de sang noirâtre, pouvant en imposer pour le résultat d'une hématomèse.

2° L'état du poumon, à surface de section parsemée de petits caillots innombrables, avec une portion plus ou moins étendue de l'organe, transformée en une bouillie rougeâtre où il sera le plus souvent impossible de découvrir la source de l'hémorrhagie.

Ces deux points doivent être mis en lumière. Ils s'observent fréquemment. Nous verrons cependant par la suite que cet aspect du poumon n'est pas constant.

Du sang et des caillots peuvent s'échapper du larynx de la trachée et des bronches. Les différents viscères, après une hémoptysie considérable, sont souvent anémiés.

Dans les gros vaisseaux veineux de la base du cœur, dans l'artère pulmonaire, qui contient aussi du sang noir, on peut noter, chez les nouveau-nés, des coagulations thrombotiques importantes dues à une altération du sang devenu épais et poisseux, et dont les maladies débilitantes, et en particulier l'athrepsie, sont la cause.

Mais les lésions qu'on rencontre au sein des organes respiratoires chez un enfant mort d'hémoptysie ou ayant succombé à une maladie dans le cours de laquelle s'étaient produites des hémoptysies varient notablement suivant la

maladie causale d'abord; suivant le mécanisme de l'hémorragie pulmonaire ensuite.

S'il s'agit d'une maladie éruptive ou même d'une affection aiguë, comme la pneumonie, on peut ne trouver à la section du poumon aucune lésion spéciale appréciable, ou bien simplement une zone de congestion plus ou moins étendue et plus ou moins accentuée. (1) — Dans certains cas, au contraire, on peut rencontrer un ou plusieurs noyaux d'apoplexie pulmonaire. Tantôt on constate qu'il s'est fait en certains points une extravasation sanguine, un farcissement du parenchyme avec intégrité de la trame histologique du poumon, il y a là un infarctus : c'est une véritable ecchymose. Mais si on vient à presser entre les doigts ce point infarctisé, il reste du sang simplement aux doigts. — C'est le premier degré de l'apoplexie pulmonaire.

Tantôt, la lésion est plus avancée, l'infiltration sanguine a déterminé la délacération du tissu des alvéoles et des bronches terminales. Par la pression, il reste entre les doigts des débris de la trame organique.

Tantôt, enfin, il y a formation d'une cavité remplie de sang noir plus ou moins liquide. C'est le troisième degré de l'apoplexie pulmonaire.

— Notons que ces trois lésions différentes peuvent se rencontrer simultanément. — Notons enfin qu'on peut les observer, surtout les deux premiers degrés, chez des sujets morts sans avoir présenté d'hémoptysie. Les lésions d'apoplexie pulmonaire plus ou moins accentuées peuvent aussi

(1) On sait qu'on a attribué, dans les maladies infectieuses, une importance assez considérable aux altérations du sang, pour expliquer les hémorrhagies qu'on y observe.

se rencontrer dans les cas où l'hémoptysie est liée à une affection du cœur.

Si maintenant, l'hémoptysie est survenue dans le cours de la tuberculose on peut trouver des lésions différentes suivant le mécanisme de l'hémorragie, suivant que la cause est *intra* ou *extra-pulmonaire*.

Tout d'abord, dans toutes ou presque toutes les autopsies qui ont été faites dans les cas que nous étudions, on trouve noté l'existence de fausses membranes pleurales épaisses, anciennes, au pourtour d'un ou des deux poumons. L'épaississement des plèvres, l'existence de ces fausses membranes, les adhérences étroites des poumons aux parois de la cage thoracique d'une part, au péricarde d'autre part, souvent aux deux en même temps, offrent un certain intérêt ; ces lésions ont peut-être, en effet, en gênant le jeu des organes de la respiration, joué un rôle dans la production de l'hémoptysie.

Si maintenant on procède à l'examen du poumon, on trouve en général l'envahissement tuberculeux assez prononcé. Nous savons, en effet, que l'hémoptysie du début de la tuberculose, alors qu'il n'existe point de lésions microscopiques appréciables, accident si fréquent chez l'adulte, n'a pas été notée chez l'enfant.

On trouve donc en général de la broncho-pneumonie tuberculeuse. Le poumon est compact, dur, crie sous le couteau, ne crépite plus et tombe au fond de l'eau. D'autre fois, on trouve des granulations innombrables à différentes périodes de leur évolution, crues ou ramollies, disséminées dans toute l'étendue de la surface de section. Ces tubercules au lieu de cribler ainsi le poumon, au lieu

d'affecter la forme disséminée, peuvent s'agglomérer, se réunir, et on a alors un poumon farci de noyaux tuberculeux caséeux dont un grand nombre commencent à se ramollir. Autour des noyaux, le tissu du poumon dense, nettement hépatisé ne crépite plus. Ces différentes lésions peuvent d'ailleurs se trouver combinées.

Dans presque tous les cas, on rencontre dans le médiastin, notamment au pourtour de la bifurcation de la trachée, des paquets de ganglions caséeux, ramollis souvent à leur centre, souvent unis entre eux par un tissu scléreux et lardacé qui en rend l'isolement impossible.

Nous n'avons pas fait mention à dessein des cavernes qu'on peut rencontrer dans le poumon de l'enfant, nous allons en parler à propos de la détermination du siège et de la source de l'hémorrhagie. Disons tout de suite que, dans un très grand nombre de cas, on ne rencontre pas la source de l'hémoptysie. Cela est surtout vrai lorsque la mort de l'enfant est survenue un certain temps après les hémoptysies, ou encore lorsque l'hémoptysie même foudroyante et terminale est due à une gêne circulatoire intense déterminée par les ganglions hypertrophiés, ainsi que nous l'avons exposé au chapitre pathogénie, et s'est produite par exhalation sanguine.

Hémoptysie de cause intrapulmonaire. — Quand il existe des cavernes, on peut y trouver quelquefois le siège et la source de l'hémoptysie. Ces cavernes peuvent siéger en tous les points des lobes pulmonaires, aussi bien à la partie moyenne et à la base qu'au sommet, contrairement à ce qui arrive chez l'adulte où elles sont situées pour ainsi dire toujours au sommet de l'organe. Elles ont un volume

variable. On a noté des cavernules, de très peu d'importance, comme on a noté des excavations du volume d'un œuf de pigeon, et même de plus considérables.

La forme de ces cavernes varie beaucoup ; le plus souvent, elles sont anfractueuses et irrégulières. La cavité est tapissée par une membrane formée de bourgeons charnus, de tissu embryonnaire. On y trouve des débris de fibres élastiques. Cette surface fournit, comme les plaies suppurantes, un liquide purulent qui s'accumule dans la cavité. Souvent on trouve mélangé à ce pus du sang demi-liquide, ou bien un caillot remplissant toute l'excavation et se mouvant sur les anfractuosités. Dans un assez grand nombre d'observations, à la place d'une caverne assez bien limitée et remplie par un caillot, on trouve une bouillie rougeâtre résultat de l'effondrement du parenchyme pulmonaire. On a, dans ces cas, le siège de l'hémorrhagie. Quant à sa source elle est plus difficile à déterminer. Au voisinage des parois, en examinant la surface interne des cavernes, il est facile de trouver, des artères de tout calibre, à divers degrés d'altérations ; elles offrent des saillies noueuses, moniliformes, avec renflement et épaissements circonscrits ; mais souvent aussi les cavernes sont traversées par des brides fibreuses et surtout des vaisseaux tendus comme des cordes dans leur intérieur. Ces vaisseaux sont le plus souvent couverts d'un semis de granulations ; ils sont grêles, noirâtres, dénudés et friables, et peuvent, dans certains cas, présenter une petite perforation, une rupture qui dès lors fait connaître la source de l'hémoptysie. D'autres fois, on trouve, en un point de la paroi de la caverne une ouverture artérielle assez volumineuse, du

calibre d'une plume d'oie par exemple, qui peut être incomplètement fermée par les débris des tuniques de l'artère et, d'autre part, l'ouverture béante, de calibre variable, de la bronche.

Enfin, on peut, comme chez l'adulte, noter dans les cavernes tuberculeuses chroniques la présence d'un anévrysme artériel aussi bien sur une artériole bronchique que sur les branches pulmonaires. Ces anévrysmes peuvent exister dans les cavernes de tout volume, et l'anévrysme peut remplir toute la cavité. Leurs dimensions sont celles d'une lentille, d'un petit pois, d'une noix; ils sont arrondis, hémisphériques, à base sessile, ou en gourde, en poire, pédiculisés à leur insertion. Leur couleur est jaunâtre, rosée ou brunâtre; leur surface est lisse, parfois irrégulière avec saillies secondaires. La communication avec l'artère se fait à plein canal ou par un pertuis arrondi creusé dans le pédicule. La paroi de l'anévrysme est mince ou fort épaisse. Souvent, lorsque l'anévrysme est rompu, elle est recouverte de caillots et complètement masquée. Il faut la rechercher avec soin dans ces cas, car on peut croire à la simple ouverture de l'artère, alors qu'il s'agit bien d'un anévrysme.

M. Meneirier (1) a récemment étudié la formation de ces anévrysmes. Bien qu'il ne s'agisse évidemment pas d'un point d'anatomie pathologique spécial à l'enfance, il nous a paru utile, dans ce chapitre, de reproduire brièvement les grandes lignes de son travail d'une clarté si parfaite.

On sait que le processus morbide qui se fait dans une

(1) Menetrier.— *Archive de médecine expérimentale*, janv. 90.

artère voisine d'une caverne pulmonaire débute par l'inflammation de la tunique interne de l'artère, dans le segment du vaisseau le plus rapproché de la caverne. C'est de l'endartérite dystrophique tenant au voisinage du foyer inflammatoire, qui amène l'épaississement de l'endartère et par suite le rétrécissement du vaisseau. Mais cette endartérite n'est nullement bacillaire.

C'est par la tunique adventice que commence l'envahissement tuberculeux. En effet, la tunique externe est bientôt infiltrée de cellules lymphatiques, parcourue de vaisseaux embryonnaires d'abord dans sa partie périphérique, puis dans toute son épaisseur, et ne va pas tarder à subir la dégénérescence caséuse; vient ensuite le tour de la tunique moyenne qui subit le même sort. Pendant ce temps-là, la tunique interne a continué à s'épaissir, et la lumière du vaisseau n'est plus à son centre mais rejetée latéralement. Tels sont les phénomènes, qui se produisent dans le segment de l'artère le plus voisin de la caverne. Dans les autres points du vaisseau, ceux qui sont le plus éloignés du foyer inflammatoire, ceux qui, en un mot, sont contigus au parenchyme pulmonaire sain, les trois tuniques sont normales.

Si au lieu d'envisager une artère placée latéralement à une caverne, on examine une artère entourée de tous côtés par les produits inflammatoires de la caverne, c'est-à-dire une branche qui traverse l'excavation, les tuniques subiront alors les altérations que nous avons décrites, sur toute la circonférence du vaisseau.

Si le travail ulcératif des tuniques marche lentement, l'endartérite dystrophique, surtout si elle se produit sur

toute la circonférence du vaisseau, détermine bientôt l'oblitération de la branche.

Si le travail ulcératif au contraire procède rapidement, ou qu'il y ait défaut de vitalité au niveau de la tunique interne, que l'épaississement de l'endartère se fasse lentement, les phénomènes sont tout autres. Avant que l'endartère hypertrophiée ait pu restreindre d'une façon notable ou oblitérer la lumière du vaisseau, elle est à son tour attaquée par les bacilles, elle s'infiltré de nombreuses petites cellules, rondes ou fusiformes, les vaisseaux capillaires l'envahissent, elle se transforme en tissu de granulation, et subit bientôt la dégénérescence caséuse. — C'est ainsi que l'artère est, du côté de la caverne, à un moment donné, protégée seulement par sa tunique interne dégénérée. A la face interne de cette dernière tunique devenue rugueuse et irrégulière, vont se déposer bientôt les cellules *blanches* du sang; ces cellules en s'accumulant, forment un caillot leucocytaire qui double la tunique interne et qui bientôt, après la destruction de cette dernière, va seul limiter la lumière du vaisseau. Cette couche leucocytaire, qui subira bientôt la transformation hyaline, est résistante, bien que quelquefois fort mince, élastique, extensible, et constitue maintenant l'unique paroi de l'artère du côté de la caverne, alors que dans les autres points de la circonférence du vaisseau, les tuniques artérielles persistent normales. Elle va se distendre sous l'influence de la pression sanguine, et, en somme, c'est elle qui va constituer la paroi anévrysmale. Qu'un effort, qu'une violente secousse de toux viennent à se produire, elle pourra se rompre, en général au niveau de son point le plus saillant. — Il peut

arriver encore que, par suite du ralentissement du cours du sang dans la poche sanguine, il se fasse un dépôt de globules rouges cette fois ; il se forme un caillot *globulaire* et non plus *leucocytaire* comme lorsque le sang circulait encore rapidement ; ce caillot, en augmentant d'épaisseur, fournit un soutien à la membrane hyaline qu'il double, et même, en continuant à s'épaissir, finit par remplir le sac, et empêche la rupture de l'anévrysme.

Telles sont les différentes étapes qu'accomplit le processus tuberculeux depuis le moment où l'artère commence à être attaquée, jusqu'à la formation de l'anévrysme, cause fréquente, mais si facilement méconnue de l'hémoptysie.

La tuberculose, nous l'avons vu, peut donc, chez l'enfant, déterminer l'hémoptysie par l'ulcération d'un vaisseau voisin d'une caverne, ou contenu dans sa cavité, par la rupture d'un anévrysme, de Rasmussen, enfin, mais d'une façon tout-à-fait exceptionnelle, au début de l'envahissement pulmonaire par les bacilles. Reste un troisième processus, celui sur lequel nous nous sommes étendus au chapitre pathogénie, la tuberculisation, le plus souvent secondaire, des ganglions lymphatiques du médiastin.

Hémoptysie de cause extrapulmonaire. — Si le ou les ganglions caséeux hypertrophés, mais non ramollis, ont déterminé l'hémoptysie par compression vasculaire et gêne circulatoire, on peut ne trouver aucune lésion appréciable, (à part l'hypertrophie ganglionnaire), et la source de l'hémorragie peut demeurer inconnue. Si la masse ganglionnaire est ramollie, on peut alors trouver des lésions fort intéressantes, et presque spéciales à l'hémoptysie chez l'enfant.

Il est fréquent, on le sait, de trouver dans le premier âge, les ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés et caséeux. Ces ganglions, unis souvent assez intimement les uns aux autres par du tissu lardacé assez résistant, forment des masses de forme variable, pouvant atteindre quelquefois un volume considérable. Mais, ce qu'il y a de particulier, c'est que, chez l'enfant tuberculeux mort d'hémoptysie ou ayant présenté des hémoptysies dans le cours de l'affection, on trouve quelquefois, alors que les recherches du côté des poumons sont demeurées stériles au point de vue de la source de l'hémorrhagie, on trouve, disons-nous, une partie de cette masse ganglionnaire, tout-à-fait ramollie et transformée en caverne. Cette caverne diffère assez notablement des cavernes que nous avons décrites au sein du parenchyme pulmonaire. Les parois anfractueuses et irrégulières sont constituées par des débris de feuillet d'un blanc jaunâtre, stratifiés, bien spéciaux à une coque ganglionnaire épaissie ; sur d'autres points on voit des détritits caséeux dus à la fonte du ganglion ; aucune fibre élastique ne se rencontre sur la face interne de la paroi ; une zone de tissu scléreux et très dur, grisâtre, la sépare souvent du parenchyme. Le contenu de la cavité est formé de caillots sanguins, mélangés à des détritits de tissu ganglionnaire dégénéré. Le caillot, quand la mort est survenue peu de temps après l'hémoptysie, remplit parfois complètement la caverne, se moulant sur les irrégularités anfractueuse, de la paroi. Quand, au contraire, un temps assez long sépare l'hémoptysie de la mort, c'est un contenu sanieux, grumeleux, chocolaté qu'on observe. Sur la paroi de cette caverne ganglionnaire, on peu plus ou moins

facilement distinguer l'ouverture d'une branche de l'artère pulmonaire (1) source de l'hémorrhagie, siégeant plus ou moins loin de l'ouverture de la bronche. Comme dans les cavernes du parenchyme, des vaisseaux assez volumineux, altérés, grisâtres, parsemés de nombreuses granulations peuvent traverser de part en part la cavité, comme des cordes tendues, baignant dans son contenu et présentant par fois une perforation.

Nous savons maintenant quels sont les différents désordres qu'on peut observer au sein de l'appareil respiratoire ou de ses annexes chez l'enfant tuberculeux ayant présenté de l'hémoptysie, nous avons vu aussi les états variables du poumon qui peuvent accompagner la production d'une hémoptysie dans le cours d'une affection aiguë générale ou d'une affection aiguë du poumon. — Quant aux lésions correspondant à l'hémoptysie survenue dans le cours de la gangrène pulmonaire, elles sont analogues à celles qu'on observe chez l'adulte ; nous ne nous y appesantirons pas.

Il nous resterait à rechercher les lésions pouvant expliquer les hémoptysies survenant chez certains enfants atteints de syphilis héréditaire ou encore chez de jeunes sujets de bonne santé apparente, mais prédisposés aux hémorrhagies muqueuses, les hémoptysies survenant d'une façon supplémentaire par exemple chez des petites filles plus ou moins névropathes. Pour arriver à ce résultat, c'est, je crois, sur l'état des vaisseaux et de leur innervation qu'il faut porter notre attention. Celui du sang aurait moins d'importance.

(1) C'est en effet l'artère pulmonaire qui, dans ce cas, est presque toujours ulcérée, chez l'enfant.

Nous avons déjà, au début de ce travail, invoqué l'intégrité du système vasculaire chez l'enfant comme pouvant expliquer, dans une certaine mesure, la rareté de l'hémoptysie à cet âge ; nous avons dit qu'on avait considéré la syphilis héréditaire comme un facteur d'une réelle valeur dans la production de l'hémoptysie chez certains enfants, et, en effet, on a trouvé chez les sujets syphilitiques des lésions remarquables des petits vaisseaux du poumon. Les petites artères sont en grand nombre atteintes d'endartérite qui aboutit à leur oblitération. Les pérois sont déjà scléreuses et par suite de grande fragilité ; les petites veines sont souvent très dilatées, remplies de sang, leurs pérois sont très épaisses. Des hémorrhagies interstitielles se produisent souvent et sous la plèvre et dans les espaces conjonctifs intrapulmonaires. Sans atteindre ce degré d'altération qui s'observe surtout dans les cas de broncho-pneumonies syphilitiques (1), les vaisseaux pulmonaires présentent souvent chez les hérédosyphilitiques des lésions qui aboutissent à la transformation scléreuse de leurs pérois, qui en font des vaisseaux d'adultes, et les font, par suite, se comporter comme tels.

L'état des vaisseaux, en général et non plus des vaisseaux pulmonaires en particulier, a été l'objet de nombreux travaux pour ce qui concerne la diathèse hémophilique. La plupart des observateurs (Hooper, Wilson, Schlieman, Virchow, Gavoy, Fischer (d'Ulm) etc., admettent une altération congénitale de texture des petits vaisseaux. Celle-ci est caractérisée par une ténuité extrême des

(1) Balzer et Grandhomme. — Broncho-pneumonie syphilitique du fœtus et du nouveau-né. — *Revue mens. des mal. de l'enfance.* — Nov. 86.

artérioles et l'altération de la tunique moyenne qui s'est amincie et même a disparu en certains points, et, en d'autres points, est remplacée par du tissu graisseux, suivant ainsi la loi de l'atrophie des organes. On comprend que les vaisseaux ainsi affaiblis, ainsi privés de leur propriété contractile, ne puissent rétrécir leur calibre pour retenir le sang. — Pourquoi ces lésions vasculaires, qui ont servi à expliquer d'autres hémorragies, ne pourraient-elles point nous donner aussi la raison de ces hémoptysies qui se rapprochent tant des autres manifestations de l'hémophilie ? — Pour quelques auteurs, il y aurait en plus de l'atrophie de la tunique contractile des vaisseaux, défaut d'action des nerfs vaso-moteurs qui produit la paralysie des petits vaisseaux, et les met dans l'impossibilité de résister à la pression du sang. Enfin, Lancereaux n'hésite pas à faire de l'hémophilie une affection nerveuse ; le caractère mobile et capricieux des hémorragies ; le tempérament émotif des sujets qui les présentent, l'influence sur les retours des hémorragies de causes modifiant l'état du système vaso-moteur sont les raisons qui lui font admettre cette hypothèse.

L'hémoptysie, dans l'hémophilie, est chez l'enfant beaucoup plus rare que d'autres hémorragies, notamment que l'épistaxis, cependant nous avons cru bon d'entrer dans quelques détails à ce propos, car il est certaines hémoptysies signalées dans l'enfance par des auteurs sérieux, qu'on ne peut guère expliquer qu'en les rattachant à cette cause.

Après avoir ainsi exposé les lésions de l'organe de la respiration et les lésions de l'appareil vasculaire qui, dans

un grand nombre de cas, peuvent expliquer les accidents d'hémoptysie présentés par l'enfant, il reste peu à dire de l'anatomie pathologique. Notons cependant encore l'état de l'estomac. — Chez l'enfant mort d'hémoptysie, l'estomac est souvent rempli de sang pur ou plus ou moins altéré et mélangé à des aliments, liquide ou en caillots, et la présence presque constante du sang dans l'estomac, quelquefois dans le duodenum, indique bien la façon dont se fait l'hémoptysie chez l'enfant.

DIAGNOSTIC

Il s'en faut que le diagnostic de l'hémoptysie soit toujours facile à établir. L'hémoptysie chez l'enfant, et surtout chez le nouveau-né, est un fait si rare, qu'avant de l'admettre, il est de toute nécessité d'avoir reconnu nettement que l'appareil respiratoire est bien le siège de l'hémorragie, et cette constatation est loin d'être toujours très simple.

Diagnostic différentiel. — Tout d'abord, il est extrêmement difficile de diagnostiquer l'hémoptysie par les seuls caractères du sang. Le sang, nous l'avons vu à la symptomatologie, n'offre pas en général l'aspect spumeux, rutilant du sang rendu par les voies respiratoires chez l'adulte; le plus souvent, il a séjourné dans l'estomac avant d'être rejeté, et il est plus ou moins altéré.

En présence d'une hémorragie par le nez et la bouche, avec ou sans efforts de toux et de vomissements, il faudra tout d'abord s'enquérir chez l'enfant, de l'état de la bouche, du pharynx, du tube digestif. Bien plus, s'il s'agit du nouveau-né au sein, il faudra, comme le dit Mantel, examiner sérieusement le mamelon du sein de la nourrice, qui, écorché, exulcéré, peut saigner facilement, et devenir la source des accidents hémorragiques observés.

L'épistaxis est souvent confondue avec l'hémoptysie chez l'enfant; le sang qui provient des fosses nasales, au lieu de passer dans les narines, bien souvent, par suite de la position du petit enfant, suit la paroi postérieure du pharynx et arrive dans l'estomac; si l'épistaxis est abon-

dante, ce sang peut-être rejeté par vomissements; dans les mêmes conditions, il peut donner lieu à du *melœna*. Ce sang qui provient de la pituitaire, au lieu de suivre la paroi postérieure du pharynx et de l'œsophage, peut pénétrer dans les voies respiratoires, donner lieu à de la toux, à de l'oppression, à la production de râles humides dans la poitrine, symptômes qui font croire d'avantage encore à une hémoptysie. Pour éviter l'erreur, il est bon de faire asseoir l'enfant, de lui faire pencher la tête en avant, souvent alors l'écoulement se fait seulement par le nez; il est également utile d'examiner le fond de la gorge.

Le sang peut encore provenir de la bouche; on sait combien l'ulcération du frein de la langue est fréquente dans la coqueluche. Cette ulcération peut quelquefois être assez profonde pour donner lieu à une hémorrhagie abondante. Il faut avoir ce fait présent à l'esprit, car, ainsi que nous l'avons vu, la coqueluche peut par elle-même occasionner des hémoptysies.

La source de l'hémorrhagie peut être la morsure de la langue dans une attaque d'épilepsie, ou une simple écorchure produite par un des corps étrangers que les enfants s'introduisent si souvent dans la bouche.

Le pharynx, l'œsophage et l'estomac ne sont qu'exceptionnellement, chez l'enfant, la source de l'hémorrhagie. Toutefois Mantel cite le cas du Dr Stawell qui trouva à l'autopsie, « de petits ulcères profonds, ronds ou ovales, sur la paroi postérieure de l'extrémité cardiaque de l'estomac. »

Diagnostic de la cause. — Une fois qu'on est sûr d'être

en présence d'une hémoptysie, il faut savoir à quelle affection on doit la rattacher. Ici il est bon de rappeler, suivant les symptômes présentés par l'enfant malade, qu'on a noté des hémoptysies dans les fièvres éruptives, variole, scarlatine, rougeole à forme hémorrhagique ou non, dans la coqueluche, enfin dans la pneumonie.

Nous avons dit que Bouchut affirme en avoir vu un bel exemple dans cette dernière affection. Mantel se demande s'il ne s'agissait pas dans ce cas d'une pseudo-pneumonie, autrement dit d'une forme particulière de tuberculose. D'ailleurs dans les différentes affections énumérées précédemment, en présence d'une hémoptysie, il sera nécessaire de bien examiner l'appareil respiratoire, avant d'éliminer l'idée de tuberculose.

Enfin, citons pour mémoire les hémoptysies signalées dans le tetanos et la rage.

Toutes ces causes mentionnées, nous arrivons aux principales : la gangrène pulmonaire et la tuberculose. La fétidité du sang rendu, la présence possible de fibres élastiques plus ou moins altérées dans ce sang, l'ensemble des symptômes généraux propres à la gangrène, mettront sur la voie du diagnostic. Mais disons que si la gangrène pulmonaire, comme l'ont fait remarquer Rillet et Barthez, peut relativement fréquemment occasionner des hémoptysies dans l'enfance, elle y est très rare, en comparaison de la tuberculose. C'est en somme à cette affection qu'il faudra songer tout d'abord quand on sera convaincu qu'on a bien affaire à une hémoptysie.

Mais l'existence de tuberculose comme cause de l'hémorrhagie étant bien reconnue, cette hémorrhagie est-

elle due à une tuberculose extra-pulmonaire ou ganglionnaire, ou bien à de la tuberculose pulmonaire proprement dite ? C'est l'examen minutieux de la poitrine, c'est une auscultation et une percussion attentives qui pourront nous permettre sinon de résoudre cette question, du moins de nous rapprocher de la vérité ; et l'existence connue de l'adénopathie trachéo-bronchique, si bien décrite par Guéneau de Mussy et Cadet de Gassicourt (1) pourra faire craindre des accidents hémorragiques comme elle pourra les expliquer s'ils se sont produits.

Il faut ajouter qu'une hémoptysie, liée à cette cause, est presque toujours fort abondante et terminale, les vaisseaux pulmonaires source de l'hémorrhagie étant alors la plupart du temps d'un volume assez considérable.

Si l'hémoptysie, quoique apparente, est moins abondante, si elle se produit pendant plusieurs jours et finit par se calmer, si l'adénopathie tuberculeuse ne peut être décélée ou du moins n'offre point l'importance qu'elle revêtait dans le premier cas, si enfin l'hémoptysie est assez peu prononcée pour demeurer latente, et n'être révélée que par l'examen des selles, il y a grande probabilité pour qu'on se trouve dans ce cas, en face d'une hémoptysie d'origine intra-pulmonaire.

(1) Gueneau de Mussy, *Clinique Médicale*.

PRONOSTIC

En face d'une hémoptysie survenant chez un enfant, quel pronostic peut-on porter ? — Il est certain que, quelle que soit la cause de cette hémoptysie, si elle est très abondante, le pronostic est toujours extrêmement sévère. — Nous avons en effet vu qu'une hémoptysie de cette importance est le plus souvent terminale.

Si le rejet de sang par les voies respiratoires supérieures est médiocre, le pronostic dépendra de la cause de l'hémorrhagie.

Les hémoptysies qui dépendent d'une affection aiguë fébrile sont généralement moins graves, à moins qu'il ne s'agisse d'une fièvre éruptive à forme hémorrhagique ; mais, dans ce cas, la gravité est plutôt liée à l'intensité des phénomènes généraux qu'à la complication hémoptysie elle-même. Dans la coqueluche, on a dit que, restreintes dans de justes limites, les hémoptysies étaient d'un pronostic favorable. On peut dire simplement qu'elles n'offrent pas la gravité des hémoptysies d'origine tuberculeuse.

Pour ces dernières, celles qui sont dues au ramollissement d'une masse ganglionnaire caséuse proviennent le plus souvent de l'ulcération d'un vaisseau d'un calibre assez important, et, par suite, sont presque toujours mortelles.

Le pronostic de celles qui sont causées par l'effondrement d'une portion du parenchysne caséux, ou par la rupture d'un anévrysme de Rasmussen, toujours très-graves, peuvent cependant ne pas entraîner une mort immédiate.

Restent les hémoptysies très-peu abondantes qu'on peut

enrayer par un traitement approprié. — Nous avons vu qu'il était possible, par l'examen des selles de découvrir parfois du melœna. Cette notion peut-être de la plus grande utilité pour arrêter une hémorrhagie qui eut pu, sans cela, passer inaperçue.

Chez les hérédosyphilitiques avérés atteints de tuberculose, il sera peut-être possible d'arriver à empêcher le retour d'une hémoptysie par un traitement mixte institué avec discernement.

D'une façon générale, on peut dire que le pronostic est des plus sombres — « Si l'enfant ne succombe pas immédiatement, la tuberculose reçoit un coup de fouet, qui précipite sa marche vers le dénouement fatal. » (Mantel)

Rappelons cependant, pour terminer, le cas, observé par M. Legroux, où l'hémoptysie a paru agir favorablement. (*Voir l'observation XIX*)

Relatons enfin l'opinion de Lebert : « Chez quelques jeunes filles, dit-il, j'ai observé un certain nombre de fois l'arrêt complet de la maladie après une pneumorrhagie abondante. La santé s'est rétablie ; elle est restée belle pendant plusieurs années. » — Mais il faut noter qu'il s'agit ici de sujets ayant probablement dépassé 14 ou 15 ans, de même que dans le cas du docteur Legroux, où le malade avait 14 ans ; que, déjà à cet âge, on peut observer des hémoptysies d'origine congestive au début de la tuberculose, ou alors que la maladie est encore peu avancée — Il est certain que le pronostic de cette variété de pneumorrhagie, exceptionnelle chez le jeune enfant, est tout différent du pronostic qu'entraîne une hémoptysie survenant à la période terminale de la maladie.

TRAITEMENT

Nous dirons peu de mots pour ce qui concerne le traitement. — Il y a en effet peu de points particuliers à l'enfance.

En présence d'une hémoptysie abondante, tous les moyens employés pour arrêter cet accident chez l'adulte seront essayés, le plus souvent d'ailleurs sans succès. La poitrine de l'enfant sera couverte de ventouses sèches, on administrera la glace intus et extra, les boissons froides, la limonade sulfurique, l'ergot de seigle, et en particulier l'ergotine en potions, injections sous-cutanées. Ces différents moyens auront naturellement d'autant plus de chance de réussir que l'hémoptysie sera moins abondante.

Le seul point un peu particulier est celui qui a trait à la syphilis héréditaire, ainsi que le fait remarquer Mantel. Chez un hérédo-syphilitique avéré atteint de tuberculose, il pourra être bon, d'administrer de temps en temps et pendant une certaine durée, le traitement mixte ou simplement ioduré. On arrivera peut-être ainsi à prévenir d'accident hémoptysie auquel l'enfant est si prédisposé du fait du mauvais état de son système vasculaire. — On a même été plus loin. Les lésions vasculaires se produisant pendant la vie intra-utérine, on a conseillé dans le même but l'administration du traitement spécifique à la mère dans les derniers mois de la grossesse.

Et ce n'est pas seulement quand on suspecte un enfant de syphilis héréditaire qu'un traitement *préventif* peut être institué. Dans l'adénopathie trachéo-bronchique, il est

tout-à-fait indiqué.—Un enfant atteint d'adénopathie, n'est pas un enfant condamné. La guérison de ces graves lésions s'observe. Il sera donc utile de les traiter sérieusement.

Pour cela, l'huile de foie de morue, à doses d'abord très petites, pour que l'accoutumance puisse se faire, puis progressivement élevées, pourra rendre les plus grands services. — L'action des iodiques est également des plus salutaires. L'iodure de potassium et mieux de sodium devra être prescrit en même temps que l'huile de foie de morue. — Gueneau de Mussy donnait la préférence à l'iode à l'état naturel, et il administrait jusqu'à 20 gouttes de teinture d'iode par jour, dans un peu de vin sucré ou d'eau-de-vie, médication qui doit être de temps en temps interrompue, mais longtemps continuée, jusqu'au moment où la guérison pourra être consolidée par un séjour au Mont-Dore ou à la Bourboule. ⁽¹⁾

Les bains de mer et l'air de la mer peuvent aussi être conseillés.—Pour les bains, on tâtera la susceptibilité des petits malades ; s'ils ne peuvent supporter les bains de mer froids, on les donnera chauds.

(1) Grancher. Rev. mens. maladies enf. — 87.

OBSERVATIONS

Nous avons joint ici à un certain nombre d'observations inédites, à peu près toutes les observations d'hémoptysie infantile qui ont été publiées en France, ou à l'étranger. Les plus intéressantes sont in-extenso.

Nous plaçons en premier lieu celles qui ont trait à la cause capitale de l'hémoptysie, c'est-à-dire la tuberculose. — Nous donnons d'abord, suivant le plan que nous avons suivi déjà, les observations qui se rapportent à l'hémoptysie de cause tuberculeuse intrapulmonaire (cavernes pulmonaires ou anévrysmes), puis celles si nombreuses qui se rattachent à l'hémoptysie tuberculeuse de cause extrapulmonaire ou ganglionnaire (compression vasculaire, ou kyste ganglionnaire ulcérant l'artère pulmonaire).

Nous passons ensuite aux observations qui relatent des faits d'hémoptysies non tuberculeuses.

I

OBSERVATION. — (MANTEL) (1)

Hémoptysie foudroyante chez une enfant de quatre mois, née de mère syphilitique et atteinte de tuberculose

La nommée Sud (Louise), âgée de quatre mois, entre avec sa mère le 5 mars 1887, à l'hôpital de La Charité, salle Sainte-Julie, n° 13, dans le service de M. Blachez.

Antécédents héréditaires : Grand-père et grand-mère morts tous deux tuberculeux. La mère de l'enfant, mariée une pre-

P. Mantel. — Hémorrhagies tuberculeuses d'origine ultrapulmonaire chez les enfants au-dessous de sept ans. *Progrès médical*, novembre 1887.

mière fois à un syphilitique, a eu, de ce premier mariage, quatre enfants, dont l'un est mort en naissant ; les trois autres vivent encore et sont bien portants. Remariée 18 mois après la mort du premier mari, à un individu suspect au point de vue de la syphilis, elle a eu de nouveau deux enfants ; l'un tuberculeux à l'âge de 13 mois, l'autre est la petite fille qui fait l'objet de cette observation. Cette femme semble avoir joui d'une bonne santé habituelle ; néanmoins elle a perdu ses cheveux, a eu fréquemment des maux de gorge, sans qu'on puisse d'ailleurs trouver chez elle des signes de syphilis avérée. Elle tousse fréquemment, mais l'auscultation ne décele aucune lésion pulmonaire.

Notre petite malade, née à terme, présentait une bonne constitution en naissant. Elle a été nourrie au sein. L'état général semblait excellent, lorsque vers l'âge de 3 mois, sous l'influence d'un refroidissement (à ce que dit la mère), elle commença à tousser ; on crut d'abord à un simple rhume, mais rapidement la situation s'aggrava ; il y eut de la fièvre, de la toux persistante sans hémoptysie apparente, d'ailleurs. C'est alors que l'enfant entra à la Charité, le 5 mars 1887.

En procédant à l'examen de la malade, on constate qu'elle n'est pas amaigrie, qu'elle est particulièrement pâle, et semble en proie à une dyspnée assez intense. Pas de diarrhée ni de vomissements. Elle continue à prendre volontiers le sein de sa mère. La fièvre est peu élevée : 38° 5. A l'auscultation, on ne constate que des râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des deux poumons. La percussion ne donne guère de renseignements. Cataplasmes sinapisés, sirop d'ipéca jusqu'à effet vomitif, sirop de belladone. Néanmoins, la situation ne s'amende pas ; la fièvre persiste et augmente ; la dyspnée

s'accroît ; les ailes du nez battent, sans que, d'ailleurs, la santé générale paraisse définitivement compromise. La percussion permet de constater une légère submatité dans toute l'étendue des poumons, plus marqué, du reste, à gauche. En ce point, on perçoit des râles de bronchopneumonie assez fins pour simuler une pneumonie lobaire, puis du souffle qui est surtout marqué en haut et à gauche. Rien du côté du cœur, de la rate ni du foie, qui paraissent sains. Pas de convulsions, pas d'agitation. Le ventre est un peu dur, ballonné, légère diarrhée, sans caractères ; fièvre élevée. Vésicatoire, alcool, bottles d'ouate, léger vomitif.

Les choses restent en l'état pendant plusieurs jours ; les phénomènes aigus semblaient vouloir s'amender, lorsque tout à coup, le 21 mars, un peu avant la visite, l'enfant est prise subitement *d'une hémorrhagie abondante qui se fait par la bouche et par le nez*. Le sang s'écoule à flots, noir et peu aéré, et la mort survient en quelques secondes.

Autopsie. — 24 heures après la mort, cadavre très anémié. La bouche et les narines conservent encore les traces de l'hémorrhagie. Pas de cicatrices, pas de traces de syphilis. A l'ouverture du thorax, on constate des adhérences de la plèvre gauche : tuberculose pleurale sans liquide. Un peu de sérosité citrine dans le péricarde. Le cœur gauche renferme quelques caillots. Pas de communication anormale entre les deux cœurs. Pas de lésions des troncs vasculaires à la base de l'organe. Du sang et des caillots s'échappent de la trachée et des bronches. Le poumon droit est farci de noyaux caséeux tuberculeux, dont un grand nombre commencent à se ramollir. Pas de pus. Dans le poumon gauche, lésions de broncho-pneumonie. Au niveau du lobe supérieur, on trouve une petite cavité du volume d'une

noisette, remplie de sang moulé sur elle ; malgré des lavages répétés et des investigations attentives, il n'a pas été possible de retrouver la source de l'hémorrhagie.

Les ganglions du médiastin sont assez volumineux, ramollis et quelques-uns sont en voie de suppuration. Ils ne paraissent pas exercer de compression notable sur les organes voisins. Le foie est un peu volumineux, sans tubercules, la rate, augmentée de volume, renferme quelques granulations tuberculeuses. Reins normaux. L'estomac est distendu et, en le sectionnant, on voit qu'un énorme caillot en moule toute la cavité. Un examen attentif de toute la muqueuse ne permet pas d'y retrouver une seule érosion.

Les ganglions mésentériques sont volumineux ; l'intestin est normal ; pas d'ulcérations ni de tubercules. Le cerveau et les méninges sont sains. La cavité buccale, le pharynx et l'œsophage examinés attentivement ne présentent aucune solution de continuité.

II

OBSERVATION (THÈSE HUTINEL) (I)

Syphilis. — Athrepsie. — Thromboses veineuses. — Lésions pulmonaires et rénales

D... Joséphine, âgée de 8 jours, entre le 11 avril 1875 dans le service du docteur Parrot avec la syphilis vaccinale, du coryza et des éruptions spécifiques ; diarrhée abondante, amaigrissement, muguet et mort le 30 avril. Avant de mourir, *l'enfant avait rendu par le nez et par la bouche une assez grande quantité de sang.* A l'autopsie on trouve l'estomac

Hutinel. — Troubles de la circulation veineuse chez les enfants et les nouveau-nés en particulier. *Th. de Paris, 1877.*

rempli d'une grande quantité de sang sans altération de la muqueuse gastrique. Le larynx et la trachée sont pleins de sang. Dans le sommet du poumon droit quelques lobules solidifiés. Tout le lobe inférieur du poumon gauche est malade. Exsudat pleurétique. Cavité du volume d'un noyau de cerise rempli d'un liquide puriforme et sanieux, se trouve vers la partie moyenne du bord inférieur du poumon gauche.

A l'origine du tronc de l'artère pulmonaire, on trouve de ce côté une thrombose ancienne. La coupe du thrombus est très lisse.

III

OBSERVATION (INÉDITE)

Hémoptysie foudroyante et terminale chez un enfant de quatre ans atteint de tuberculose pulmonaire. — Cavernule pulmonaire.

Le nommé Imbert Léon, âgé de 4 ans, entre salle Bouchut, dans le service du professeur Grancher, aux Enfants-malades, le 1^{er} février 1892, pour de l'amaigrissement et de la toux.

Ant cedents héréditaires : La mère est d'une bonne santé. Elle a eu 7 enfants dont 5 sont vivants ; le malade amené le 1^{er} février est le dernier. Un enfant serait mort de méningite tuberculeuse, l'autre serait mort après avoir toussé seulement pendant un jour, et avoir pris un vomitif ?

Le malade est enfant naturel.

Le père toussait beaucoup, ce qui a empêché le mariage des

(1) Observation recueillie dans le service de M. le professeur Grancher.

parents, il y a quatre ans. Depuis quatre ans, la mère n'a pas revu le père de l'enfant ; mais elle sait qu'il n'est pas mort.

Les frères et sœurs de l'enfant sont bien portants, à part une fillette âgée de 6 ans qui serait atteinte de bronchite.

La mère ne présente pas de traces de syphilis. Et il n'a pas été possible de savoir rien de positif à ce sujet, concernant le père.

Antécédents personnels. — L'enfant a été nourri par la mère pendant quatorze mois. Il a été vacciné. Il a eu la varioloïde à l'âge de 3 ans, et la rougeole peu de temps après. Il y a environ un an, l'enfant a eu aussi une bronchite dont il a guéri.

Etat actuel. — Il y a deux mois, l'enfant a recommencé à tousser. Il a maigri. Il a de la fièvre le soir, présente une toux quinteuse survenant très fréquemment dans la journée, dort dans les intervalles des quintes. Pas de diarrhée. Adénopathie axillaire et inguinale.

Examen de la poitrine. — Sous clavicule droite, respiration rude et quelques râles ronflants, avec légère submatité.

En arrière à la racine de la bronche droite, respiration un peu sifflante.

Le 4 février, on trouve la respiration également sifflante dans un point submat correspondant à la racine de la bronche droite, en avant.

Le 17 février, à la base gauche, contre les apophyses épineuses, et au niveau des 9^e et 10^e vertèbres dorsales, en un point limité, on trouve de la submatité, du souffle et de la bronchophonie.

Aux deux bases la respiration est faible et il existe des râles sous-crépitaux fins, skodisme sous la clavicule gauche.

Sous la clavicule droite, la respiration est faible et, on trouve toujours des râles sibilants et ronflants.

L'état général est à peu près le même qu'au début.

Le 25 février, l'enfant commence à refuser toute nourriture.

Il respire de plus en plus difficilement.

La nuit de vendredi à samedi 27 février est très mauvaise : l'agitation, la dyspnée sont considérables.

Le 27 février, à une heure, l'enfant venait de boire une gorgée de lait froid, quand *il rejeta tout d'un coup à flots, par le nez et par la bouche, une quantité considérable (la valeur de deux verres à boire ordinaires) de sang noir*. La mort fut instantanée.

AUTOPSIE. — *L'estomac* est trouvé plein de sang ; pas de sang dans le duodénum ; on ne trouve, en aucun point de la muqueuse stomacale, d'ulcérations ou d'érosions.

Appareil respiratoire. — Adénopathie énorme. Tous les ganglions qui entourent la trachée et les bronches ont acquis un volume considérable, surtout du côté droit. Ils sont pour la plupart caséux.

La partie moyenne du poumon droit, celle qui est en continuation directe avec le hile est transformée en une masse caséuse. Le tissu pulmonaire *est en bouillie*. A la surface externe du lobe moyen existe une cavernule remplie de sang. Dans tous les autres points de la surface de section on trouve une quantité de petits caillots.

Il est facile de prévoir une altération profonde des vaisseaux qui traversent ces tissus caséifiés. On ne trouve pas d'ulcération des gros vaisseaux produites par des ganglions. Partout ailleurs, il existe dans le poumon des lésions tuberculeuses plus ou moins avancées.

Du côté gauche, on trouve des noyaux de broncho-pneumonie tuberculeuse au sommet.

Le *cœur* est petit, vide de sang ; il n'existe pas d'altération des valvules.

Le *foie* est gros, parsemé de tubercules.

La *rate* est hypertrophiée, criblée de granulations.

Les *reins* sont un peu anémiés.

IV

OBSERVATION (MANTEL) RÉSUMÉE

Hémoptysie foudroyante chez une enfant de 2 ans, atteinte de tuberculose.

Marie Ch... âgée de 2 ans — service du Dr Ollivier, hôpital des Enfants-Malades, entre le 1^{er} février 1887, salle Sainte-Elisabeth, N^o 15.

Antécédents héréditaires : mère, morte 30 janvier 1887, des suites d'une bronchite chronique.

Tousse depuis une varicelle qu'elle aurait eue il y a 5 mois — diarrhée et fièvre surtout marquée le soir, amaigrissement notable.

Ventre gros un peu ballonné.

Légère submatité au sommet gauche, en arrière, à auscultation, de gros râles muqueux dans le poumon gauche, en haut et en arrière. A la base râles analogues, moins gros et moins nombreux.

Le 4 février, on prescrit un vomitif qui est pris dans la soirée.

Dans la nuit du 4 au 5 février, l'enfant est prise subitement

d'une hémorrhagie extrêmement abondante; un flot de sang s'échappe par la bouche et par le nez et la mort survient en quelques minutes.

Autopsie. — Poumon gauche adhère très fortement sa face externe, son bord post, et même en avant aux parois thoraciques.

Dans le poumon droit un grand nombre de granulations tuberculeuses, abondantes surtout à la base.

Dans le poumon gauche, caverne d'une grosseur d'une noix, au centre du lobe supérieur, caverne entièrement remplie de sang qu'on enlève avec soin, *et l'on recherche très attentivement, mais en vain, la source de l'hémorrhagie.* Sang dans les bronches, ganglions du hile des deux poumons très volumineux et manifestement tuberculeux.

Estomac très distendu, renferme au moins un verre et demi de sang noir pris en caillot et moult, pour ainsi dire, la cavité du viscère. L'intestin est rempli d'une matière noirâtre au milieu du duodénum; pas d'érosion intestinale, pas de tubercules, rien dans les ovaires ni dans les reins.

V

OBSERVATION (R. DOUGLAS POWELL. M.D.)

Hémoptysie mortelle chez une enfant de 7 mois, atteinte de tuberculose et due à l'ouverture d'un vaisseau dans une caverne intra-pulmonaire.

Alice G. âgée de 7 mois, me fut amenée à l'hôpital de Brompton, le 30 mars 1874, pour une toux dont elle souffrait

depuis Noël. Cette toux avait quelque chose de spasmodique, et s'accompagnait d'une épaisse expectoration muqueuse légèrement colorée.

L'enfant paraissait très malade. Les lèvres étaient un peu livides. La poitrine sonnait mal principalement dans la région sternale, et on entendait des râles bronchiques humides en avant et en arrière.

L'enfant était fortement prédisposée à la tuberculose, du fait de ses antécédents héréditaires. Cinq autres enfants étaient morts tout jeunes avec des symptômes de phtisie.

Le père toussait ; on lui trouva les signes très nets de tuberculose pulmonaire. Le grand père paternel était mort aussi de phtisie à 33 ans.

Le samedi matin, 1^{er} avril, à 7 h. 30, l'enfant, sans avoir jamais antérieurement présenté d'hémoptysie, *expectora tout d'un coup plus d'une demi-pinte de sang noir, en partie coagulé*, et mourut presque immédiatement.

AUTOPSIE (trente heures après la mort). — Rien d'anormal à la surface du corps.

Cœur sain, larynx et trachée normaux.

La surface des deux poumons était criblée de granulations miliaries grises sous-pleurales — à la section des poumons, on trouvait également des granulations semblables.

A la base du lobe inférieur du poumon gauche, on trouva une cavité du volume d'une grosse noisette, traversée par des brides dont certaines contenaient des vaisseaux. Vers le sommet du même lobe, une autre petite cavité présentant des mêmes caractères, fut observée.

Elle était traversée par un vaisseau d'un dixième de pouce de diamètre et de cinq huitièmes de pouce de longueur, absolu-

ment dépourvu d'appui dans l'intérieur de la caverne. La paroi de ce vaisseau, dans les deux tiers de sa circonférence, était considérablement épaissie, mais dans le tiers supérieur, la paroi était particulièrement érodée, extrêmement amincie et avait cédé en son point le plus exposé. Le vaisseau fut suivi jusqu'à une branche plus considérable de l'artère pulmonaire.

VI

OBSERVATION (INÉDITE) (1)

Tuberculose à forme d'adulte chez une fillette de 6 ans. — Caverne du sommet du poumon déterminant une hémoptysie mortelle.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère ont toujours été bien portants. Un frère de 3 ans, également de constitution robuste, n'a jamais eu que la rougeole. Pas d'antécédents syphilitiques.

Antécédents personnels. — L'enfant qui fait le sujet de cette observation est née à terme ; élevée au sein jusqu'à 18 mois, sans accidents de dentition, elle a toujours été, depuis sa première enfance, jusqu'à l'époque actuelle, d'un tempérament très délicat. Elle fut vaccinée à 6 mois, à 17 mois contracta la rougeole, et, à deux ans, une coqueluche grave compliquée de broncho-pneumonie.

Début de la maladie. — Cette enfant commença à tousser l'été dernier, d'une toux sèche et quinteuse, surtout fréquente pendant la nuit ; en même temps, elle maigrissait, devenait pâle et renonçait au jeu, se plaignant de lassitude au moindre effort.

(1) Observation recueillie dans le service de notre maître M. le docteur Moizard, à l'hôpital Trousseau.

Depuis deux mois, tous ces symptômes se sont rapidement aggravés ; la malade, très-affaiblie, est en proie, chaque soir, à des accès fébriles ; avec frissons et sueurs profuses ; l'appétit est devenu presque nul, et, fréquemment, se produisent des vomissements alimentaires qui ont déterminé la mère à venir consulter à l'hôpital.

Etat actuel : 7 février 1892. — Actuellement, c'est une enfant très-chétive, pâle et amaigrie, atteinte d'eczéma impétigineux des narines et de la lèvre supérieure, et portant des adénopathies multiples cervicales, axillaires et inguinales, moyennement développées. Une cicatrice de la fosse sus-épineuse droite, peut-être liée à une lésion tuberculeuse, a été donnée par les parents comme d'origine traumatique. La température rectale atteignait la veille au soir 38° 2 ; le matin, elle s'est abaissée à 37° 4.

A l'examen physique du thorax, on trouve, dans la région sous-claviculaire droite, de la matité, plus complète et plus étendue vers la partie interne, dans la région ganglionnaire, l'exagération des vibrations thoraciques, et une respiration soufflante, avec retentissement exagéré de la toux et de la voix.

Mêmes signes, mais plus atténués sous la clavicule gauche, pour la percussion et la palpation : à l'auscultation, expiration prolongée, mêlée de quelques craquements humides provoqués par la toux.

En arrière, matité et gros râles humides dans les fosses sus-épineuses des deux côtés, avec prédominance au sommet droit, où les lésions envahissent la fosse sous-épineuse, et la partie attenante de l'aisselle. Dans le reste du thorax, râles de bronchite régulièrement disséminés des deux côtés de la poitrine.

L'abdomen est très météorisé, mais sans ascite, ni vestige de dilatation veineuse sous-cutanée. La matité sphénique atteint trois travers de doigt sur la ligne axillaire : le foie, douloureux au palper, déborde de deux doigts le rebord costal.

Traitement :

Glycérine et Rhum créosotés,

Tannin, 0,25.

Applications de teinture d'iode sur la poitrine.

11 février. — Toux incessante. Par son intensité au moment des repas, elle provoque des vomissements qui rendent l'alimentation très difficile.

13 février. — Légère diarrhée, contre laquelle il est prescrit 1 gramme de salicylate de bismuth.

14 février. — Pas de diarrhée. Persistance des vomissements. A part du gargouillement et du souffle constatés dans la fosse sus-épineuse droite, les signes thoraciques physiques deviennent stationnaires.

17 février. — Aggravation très sensible de l'état général la température oscille régulièrement tous les soirs entre 39 et 40°, et des vomissements incoercibles s'opposent à l'alimentation.

20 février. — La nuit précédente, vers une heure, *hémoptysie d'une centaine de grammes de sang rouge et spumeux*. Au moment même de la visite, l'enfant rejette encore, au milieu d'accès de toux, *plusieurs crachats noirâtres* qui proviennent manifestement des bronches. Il n'existent d'ailleurs, ni dans les voies respiratoires supérieures, ni du côté du tube digestif, aucune lésion capable de provoquer l'hémorrhagie. La malade est très affaiblie, pâle et froide. Le poulx petit et rapide bat 104 pulsations à la minute, alors que la température,

toujours supérieure à 35° 5 les jours précédents, n'atteint que 36° 6.

Traitement : piqûres d'ergotine, glace, ventouses sèches.

24 février. — A 11 heures du soir, *une hémoptysie foudroyante, remplissant près d'une demi-cuvette et inondant le lit, tue la petite malade en moins de 10 minutes.*

Autopsie. — Une caverne du volume d'un œuf de pigeon, creusée dans la partie supérieure du sommet droit, transformé en bloc caséeux, a été le point de départ de l'hémoptysie. Les lobes moyen et inférieur, criblés de granulations grises et de granulations jaunes, présentent en outre 5 à 6 nodules caséeux de la dimension d'une noisette.

Le poumon gauche, dont le quart supérieur est en voie de transformation caséreuse, porte, à son sommet, une demi-douzaine de cavernules de la dimension d'un pois à celle d'une tête d'épingle. Le reste de son étendue est fortement congestionné et semé d'assez rares granulations, la plupart encore transparentes ou commençant à peine à prendre une teinte opalescente.

Les viscères abdominaux, foie, rate et reins, sont anémiés et augmentés de volume, mais sans traces de tubercules macroscopiques. — Les autres organes, cœur, estomac, intestin, centre nerveux, ont gardé leur aspect normal, en sorte que, chez cette enfant, la tuberculose s'est présentée, au point de vue anatomique comme au point de vue clinique, avec tous les caractères d'une tuberculose d'adulte.

OBSERVATION (CADET DE GASICOURT) (1) RÉSUMÉE

Tuberculose d'adulte chez un enfant de 16 mois. Vaste caverne intra-pulmonaire. — Perforation d'une grosse bronche et d'une branche importante de l'artère pulmonaire. — Mort par hémorrhagie pulmonaire.

Enfant de 16 mois, maigre, chétif, d'aspect souffreteux, dont les traits tirés, les yeux caves, la peau terreuse et collée aux os révèle dès l'abord la profonde misère physiologique. Toujours débile depuis sa naissance. Elevé au biberon. Vomissements et diarrhée cessant le jour même de l'entrée à l'hôpital.

Matité très marquée à droite, dans la ligne axillaire, se prolongeant un peu en avant et accompagnée d'un souffle rude à timbre éclatant au même niveau. Râles plus ou moins fins disséminés dans les deux poumons.

Cet état reste stationnaire 10 jours.

Puis, tout-à-coup, l'enfant rendit un plein crachoir de sang rouge, qui s'échappa par la bouche et par le nez. Une hémorrhagie semblable se reproduisit le lendemain.

On pratique de nouveau l'examen physique, et on trouve, au niveau de première pièce du sternum, une matité très nette qui se continuait avec la matité sous-claviculaire droite. Au même niveau, on percevait un souffle très accusé. La présence

(1) *Journal de médecine de Paris*. — 21 mars 1886.

d'un amas de ganglions tuberculeux dans le médiastin antérieur n'était pas douteux. L'hypothèse d'une perforation vasculaire par un ganglion ramolli se trouvait confirmée.

Le lendemain, l'enfant succombait à 6 heures du matin, *emporté par une hémorrhagie nouvelle, plus abondante encore que les deux autres.*

Autopsie. --- Tous les organes sont pâles et exsangues.

Les deux poumons adhèrent à la paroi costale.

Dans le médiastin antérieur, au niveau de la 1^{re} et de la 2^e pièce du sternum, se trouvait un gros paquet de ganglions tuberculeux, caséux et ramollis à leur centre. La percussion et l'auscultation avaient permis d'en reconnaître et d'en affirmer l'existence pendant la vie. D'autres ganglions presque aussi volumineux, étaient situés dans le médiastin postérieur, mais un peu plus bas, plus près de la racine des bronches, en un point où le doigt et l'oreille pouvaient difficilement les atteindre. Aussi n'avaient-ils pas été directement diagnostiqués. Ils étaient également ramollis. Mais aucun de ces ganglions n'étaient en communication avec un vaisseau sanguin.

Les deux poumons étaient durs, criaient sous le couteau et présentaient tous les caractères de la broncho-pneumonie chronique tuberculeuse. De nombreux tubercules, les uns plus gros, les autres plus petits, y étaient disséminés.

Le sommet du poumon droit était compact et envahi par la broncho-pneumonie chronique à l'état scléreux. Mais un peu plus bas, dans la partie antéro-inférieure du lobe moyen, on trouvait une caverne anfractueuse, du volume d'une grosse noix, remplie d'un caillot de sang rouge, qui se moulait sur ses anfractuosités.

L'origine de l'hémorrhagie pulmonaire était donc trouvée ; elle était due à l'effondrement d'une caverne intra-pulmonaire, comme on l'observe souvent chez l'adulte dans les tuberculoses chroniques.

Au-dessus de cette caverne, et immédiatement en contact avec elle, passait une des bronches de bifurcation les plus volumineuses de l'artère pulmonaire. A l'aide d'un stylet mousse, nous trouvâmes une ouverture qui faisait communiquer directement l'artère avec la caverne ; elle était constituée par une perte de substance de la paroi artérielle, du calibre d'une grosse plume d'oie ; des débris de tuniques artérielles formaient une sorte de valvule incomplète.

La communication de l'artère avec la caverne une fois découverte, il s'agissait de trouver celle de la caverne avec la bronche. En promenant doucement l'extrémité du stylet mousse dans les anfractuosités de la caverne nous ne tardâmes pas à rencontrer l'ouverture d'une bronche béante qui s'y abouchait directement ; cette ouverture était située immédiatement en arrière de la solution de continuité artérielle. La bronche ainsi ouverte était grosse comme une plume de corbeau, et ses parois très-amincies en cet endroit.

On avait sous les yeux le canal afférent, c'est-à-dire l'artère pulmonaire, le lac, c'est-à-dire la caverne, le canal efférent, c'est-à-dire la bronche qui se déversait à son tour dans la trachée encore pleine de sang.

Le foie, les reins, la rate, le péritoine étaient criblés de tubercules à divers degrés de développement.

OBSERVATIONS (WEST) (1)

7 cas d'hémoptysies chez des enfants. Dans le dernier, rupture d'un anévrysme.

« J'ai observé chez les enfants sept cas d'hémorrhagie mortelle ; mais dans quatre, l'autopsie ne fut pas faite ; dans le cinquième, qui était celui d'un petit garçon entre cinq et six ans, mort à la fin du neuvième mois de maladie, *d'une hémorrhagie qui se fit, à la fois, par la bouche et par le nez*, l'importance des lésions dans le poumon et les ganglions était très considérable ; mais aucun vaisseau important n'avait été perforé, *et il ne fut pas possible de déterminer d'une manière satisfaisante, la source de l'hémorrhagie.*

« Dans le sixième cas, celui d'un petit garçon de cinq ans, chez lequel des signes de pneumonie étaient survenus dans le cours d'une phtisie antérieure, *la source d'où provenait le sang dans la seule et mortelle hémoptysie, qui eut lieu alors que le malade semblait en voie de guérison, échappa également aux plus minutieuses investigations anatomiques.*

« Dans le septième cas, il y avait une excavation à la partie supérieure du lobe inférieur ; cette cavité était traversée par un vaisseau qui avait donné lieu à un *anévrisme* dont la rupture soudaine fut la cause de la mort. »

(1) *Leçons sur les maladies des enfants*, par Charles West, traduites et annotées par Archambault.

OBSERVATION (RASMUSSEN) (1) RÉSUMÉE

Hémoptysie mortelle chez un enfant de trois ans et demi atteint de tuberculose. — Anévrisme de l'artère pulmonaire dans une caverne.

Il s'agit d'un petit enfant qui présentait des signes de tuberculose avancée. *Il meurt subitement d'une hémoptysie abondante.* A l'autopsie, on trouva les poumons envahis par la broncho-pneumonie tuberculeuse ; on trouva aussi de la tuberculose miliaire et enfin des cavernes dans l'une desquelles existait un anévrisme de l'artère pulmonaire ouvert. On trouva aussi les ganglions péribronchiques atteints de dégénérescence caséuse.

XV

OBSERVATION (INÉDITE) (2)

Jeune garçon de 12 ans, atteint de tuberculose pulmonaire avancée, mort par hémoptysie foudroyante. Hémoptysie due à la rupture d'un anévrisme de l'artère pulmonaire dans une caverne intrapulmonaire.

Charles Muriot, âgé de 12 ans, entre le 11 mars 1891, salle Lugol, à Trousseau, service de M. Sevestre. Il est couché au n° 9.

Les antécédents héréditaires de cet enfant sont les suivants : le père est mort d'un accident, la mère est bien portante. Cinq frères ou sœurs morts en bas-âge de convulsions.

(1) Rasmussen, cité in Chardin. Th. Paris 1874.

(2) Cette observation nous a été communiquée par notre ami M. Gastou, interne de M. le docteur Sevestre en 1891.

Antécédents personnels : rougeole à 4 ans, tousses tous les hivers.

Actuellement, il tousses depuis le commencement de l'hiver. Il est alité depuis 8 jours. *Il aurait craché du sang, rouge, mélangé à des crachats blancs, à deux reprises différentes.* Depuis un mois, il présente une diarrhée abondante : va cependant mieux, à ce point de vue, depuis 4 jours.

Fièvre, amaigrissement prononcé, sueurs nocturnes. Tousses continuellement, nuit et jour. Pas de vomissements. Pas d'épistaxis.

On trouve, à la percussion et à l'auscultation, les signes suivants :

En arrière, à droite,

Matité absolue du sommet, craquements humides et frottements, dans la fosse sus-épineuse.

A la base, râles sous-crépitaux humides. La respiration s'entend mal, il existe du souffle dans l'aisselle. Vibrations thoraciques normales.

En arrière, à gauche,

Matité à la base, râles sibilants dans toute la hauteur. Vibrations thoraciques normales.

En avant, à droite,

Bruit de pôt fêlé, gargouillements.

En avant, à gauche,

Sonorité un peu diminuée, craquements.

L'état reste à peu près stationnaire pendant un mois. La

fièvre existe surtout le soir, l'amaigrissement s'accroît, la toux est moins fréquente et moins pénible. L'expectoration existe. Elle est purulente. L'appétit ne revient pas.

Le 13 mai, pendant la visite, et sans cause apparente, *l'enfant est pris d'une hémoptysie abondante qui détermine la mort en quelques minutes.*

L'autopsie révéla l'existence d'un anévrysme de l'artère pulmonaire ouvert dans une caverne, à la fois creusée aux dépens d'un bloc de ganglions médiastinaux adhérents intimement au poumon droit et surtout du parenchyme du lobe supérieur du poumon droit (caverne ganglio-pulmonaire). On voyait nettement l'ouverture de la bronche sur la paroi supéro-externe de la caverne.

XVI

OBSERVATION (R. W. FOSS. M. D.) (1)

Phtisie pulmonaire, chez un enfant de un an et deux mois, terminée par une hémoptysie abondante foudroyante.

L'enfant, âgé de un an et deux mois, né de parents de tempérament scrofuleux, et toujours souffrant depuis sa naissance. Je le vis dix jours avant sa mort en 1877 ; il était alors très amaigri, et présentait une toux constante et de l'expectoration, fait peu ordinaire dans l'enfance. En auscultant les poumons, on trouvait aux deux sommets de la respiration cavernueuse et du gargouillement. Sous l'influence du traitement antistrumeux habituel, il parut s'améliorer ; quand *tout d'un coup, un matin, pendant une quinte de toux, il expectora environ une pinte*

(1) *British*, méd. journal, août 79, p. 171.

de sang et mourut immédiatement. Je n'ai pas fait l'autopsie ; elle ne m'aurait pas, à mon avis, appris beaucoup plus. Le cas en lui-même est intéressant et par le fait de l'existence de la phtisie pulmonaire à un âge fort peu avancé et par le fait du mode peu habituel de terminaison.

XVII

OBSERVATION

Henoch et Hendrix (1) ont observé 12 à 15 enfants phtisiques qui rendaient, dans de violentes quintes de toux, de petites quantités (une cuillerée à bouche) de sang pur, et cite une observation d'hémoptysie abondante.

« J'ai observé, dit H. Lebert, (2) l'hémoptysie infantile plus souvent dans la classe aisée que dans les hôpitaux. *J'ai vu succomber un enfant de deux ans à une hémorrhagie suite d'une caverne.* J'ai soigné en 1877, à Montreux, un garçon de onze ans qui avait pour la troisième fois, dans l'espace d'une année, *une forte hémorrhagie pulmonaire.* »

XVIII

OBSERVATION (INÉDITE) (3)

Hémoptysie mortelle chez un enfant de 7 ans 1/2 atteint de pleurésie gauche tuberculeuse.

Le nommé Scowers Eugène, âgé de 7 ans 1/2, entre le

(1) Leçons cliniques sur les maladies des enfants. 1885, Hénoc et Hendrix.

(2) H. Lebert. Traité clinique et pratique de la phtisie pulmonaire. — 1879.

(3) 2^e Observation recueillie dans le service de M. le professeur Grancher.

9 février 1892, salle Bouchut, lit n° 23, dans le service du professeur Grancher.

Il entre avec tous les signes d'une pleurésie gauche.

Antécédents. — Les antécédents héréditaires, au point de vue de la syphilis font défaut, son père et sa mère sont morts de tuberculose pulmonaire.

L'enfant vient des Enfants-Assistés, pas d'autres renseignements antécédents personnels.

10 février. — Signe de pleurésie gauche, (matité de toute l'étendue du poumon gauche, souffle à la base gauche, skodisme sous la clavicule gauche, râles sous-crépitants et respiration affaiblie à ce niveau, Espace de Traube diminué.)

Souffle très intense à la racine de la bronche droite.

12 février. — Les signes de pleurésie se sont atténués, l'épanchement s'est presque complètement résorbé.

18 février. — Même état.

24 février. — De nouveau on constate de la matité dans le tiers inférieur du poumon gauche en arrière. A ce niveau, souffle et, râles sous-crépitants loin de l'oreille. Au sommet gauche, skodisme, respiration affaiblie et vibrations diminuées. Submatité en avant dans la moitié de l'espace de Traube. La pointe du cœur bat à l'endroit normal. Dans le tiers moyen de l'aisselle, submatité et respiration affaiblie. Bronchophonie, à la racine de la bronche droite, provenant sans doute d'une compression ganglionnaire,

Le *25 février.* — Une ponction exploratrice au niveau du tiers moyen du poumon gauche en arrière, pratiquée

avec la seringue de Pravaz, ramène un liquide séro-fibrineux.

5 Mars. — Etat est le même.

10 Mars. — Une nouvelle ponction exploratrice, au même niveau, donne un liquide séro-fibrineux, légèrement hémorrhagique.

14 Mars. — L'enfant se plaint de douleurs abdominales. Le ventre est dur, déprimé, douloureux à la pression et spontanément, au niveau de l'ombilic et de la fosse iliaque droite.

16 Mars. — Le ventre, n'est plus douloureux ; il est toujours dur et déprimé, mais l'enfant ne s'en plaint pas.

18 Mars. — Mêmes symptômes thoraciques. — La ventre est de nouveau très-douloureux.

20 Mars. — Selles légèrement sanguinolentes.

21 Mars. — L'enfant est très-abattu. Il ne parle plus. Fièvre. Pouls 150. Respiration 50. — Selles noires, sanguinolentes, avec gros caillots de sang.

Du côté du poumon, les phénomènes se sont accentués. L'enfant paraît subir une poussée de tuberculose généralisée. — Gros râles ronflants. — Râles muqueux, disséminés dans toute la poitrine.

22 Mars. — Vers 2 heures du matin, *l'enfant commence à cracher le sang.*

Vers 4 heures, se produit une *épistaxis*. Dans la journée, 2 piqûres de morphine de 2 millimètres.

Vers 7 heures 1/2, *l'enfant vomit le sang à flots, par le nez et par la bouche.* — Potion d'ergotine.

23 Mars. — A 6 heures du matin, il y a *reprise des mé-*

mes vomissements de sang, après lesquels l'enfant meurt.

A l'autopsie, on trouva la partie moyenne du poumon gauche transformée en une bouillie rougeâtre, formée de caillots et de débris du parenchyme, où il fut impossible de trouver la source de l'hémorrhagie. — Les ganglions trachéo-bronchiques étaient hypertrophiés d'une façon notable, quelques-uns en voie de ramollissement.

XIX

OBSERVATION (INÉDITE)

Hémoptysie abondante, chez un garçon de 14 ans, atteint de tuberculose peu avancée, à la suite de laquelle on observa une amélioration considérable.

Patain, 14 ans, apprenti graveur, entre le 25 février 1892, dans le service du docteur Legroux, à Trousseau, pour de l'amaigrissement, une perte notable des forces, et de la toux.

Antécédents héréditaires : Le père serait mort de la poitrine. La mère serait bien portante. Un frère et une sœur morts tuberculeux. Une sœur de 18 ans, en traitement à Saint-Louis pour un loup.

Antécédents personnels. — Rougeole à 8 ans. Cet enfant aurait toujours toussé ; il aurait des bronchites fréquentes.

Le malade, à son entrée, est dans un état d'émaciation et d'anémies extrêmes. Etat d'épuisement prononcé. La faiblesse est telle que le sujet répond avec la plus grande peine aux questions qu'on lui adresse.

L'auscultation révèle des signes de congestion pulmonaire généralisée. En raison des commémoratifs, on admet qu'elle est surajoutée à une tuberculose pulmonaire qui subit actuellement une poussée aiguë. (Râles sous-crépitants humides dans toute la poitrine).

Le 26 février, *le malade est pris, dans la soirée d'une hémoptysie abondante (deux verres de sang rouge, spumeux, environ) ; il rend le sang à flots par le nez et la bouche.*

Les hémoptysies se répètent fréquemment pendant 48 heures. Elles cessent enfin, au bout de ce temps, pour ne plus reparaitre.

Le pronostic porté est des plus sombres.

Les jours suivants, une légère amélioration semble s'être produite ; les râles sont moins nombreux dans la poitrine, la fièvre est beaucoup moins forte. Les forces semblent revenir. Cette amélioration était surtout accentuée quinze jours après. L'enfant commençait à se nourrir et à se lever.

Un mois après, il avait repris des couleurs et un certain embompoint.

Deux mois après, il ne gardait qu'un peu de pâleur. Il avait repris des forces, sa musculature et son panicle adipeux étaient ceux d'un enfant de son âge en bonne santé.

L'auscultation révélait encore une obscurité respiratoire des deux côtés. Quelques sibilances. Rudesse du murmure vésiculaire assez prononcée aux sommets, avec submatité dans les mêmes régions.

En résumé, l'état général et l'état local étaient fort améliorés, transformés même.

Tout semblait dénoter que les tubercules étaient en voie de transformation fibreuse, évoluant vers la guérison.

XX

OBSERVATION (CARRIÉ (1))

Hémoptysie foudroyante chez une enfant de deux ans et demi, atteinte de tuberculose. — Ganglions caséux comprimant le pneumogastrique.

D... Marie, âgée de deux ans et demi, entre le 26 février 1877 à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Mathilde N° 11, service de M. Bergeron.

Enfant très chétive, présentant une incurvation très prononcée des membres inférieurs ; nourrie par sa mère jusqu'à l'âge de dix mois seulement, ayant eu la rougeole avec bronchite consécutive, il y a trois mois. Son père et sa mère racontent qu'il y a un mois environ, après avoir mangé, elle a été prise d'une toux intense, *suivie d'un crachement de sang rouge et spumeux assez abondant*. Il y a huit jours, le même accident se reproduisit et dans les mêmes circonstances.

Depuis hier, la face est bouffie, paupières œdémateuses ; les lèvres se cyanosent pendant les efforts de toux, celle-ci est brève, sèche, sans reprise. Figure a pris une légère teinte asphyxique. A l'auscultation, simplement matité relative, de l'expiration soufflante et du retentissement de la toux, au sommet gauche (fosses sus et sous-épineuses).

(1) Gazette médicale de Paris. — (4 mai 1878).

Le 2 mars, c'est-à-dire quatre jours après entrée de l'enfant, prise subitement, en mangeant d'une hémorrhagie foudroyante; le sang sortait à flots par la bouche, les narines; il était rouge, spumeux, aéré.

La mort est survenue en quelques minutes; le ventre s'est presque aussitôt ballonné et, quelques instants après la mort, en pressant sur la région de l'estomac, on faisait ressortir par la bouche du sang noirâtre, qui très vraisemblablement avait été avalé au moment de l'hémoptysie et qui commençait déjà à être altéré par le suc gastrique.

Autopsie. — Plèvre droite épaissie. Ses deux feuillets sont adhérents entre eux. Poumons criblés de granulations tuberculeuses.

Ganglions bronchiques volumineux, jaunâtres, plus gros à droite qu'à gauche et affectant avec le pneumogastrique surtout avec le pneumogastrique droit, des rapports particuliers sur lesquels nous allons insister.

A gauche, le tronc du pneumogastrique suit son trajet normal, sans subir de déviation, sans compression bien apparente, mais entouré par cinq ou six ganglions bronchiques, un peu plus gros que normalement.

A droite on constata trois ganglions de grosseur différente, étagés le long de la bronche droite et de la partie inférieure de la trachée; le premier, qui est le plus petit, se trouve à deux centimètres au-dessus de la bifurcation trachéale; le second, un peu plus gros, répond au bord supérieur de la bronche droite; le troisième, qui est de la grosseur d'une noix, répond à la partie inférieure de cette même bronche et à la bifurca-

tion de la trachée. Le tronc du pneumogastrique ne suit plus son trajet rectiligne ; accolé d'abord à la face postérieure du gros ganglion inférieur sur lequel il s'étale, il arrive à son bord supérieur, puis passe le long du bord interne du ganglion moyen, entre celui-ci et la trachée, se dévie ensuite au-dessus de ce ganglion, passe entre ce dernier et le ganglion supérieur qui le repousse de la trachée, et finit enfin par se trouver sur la partie externe de ce ganglion ; il décrit autour de lui un trajet en forme d'S.

Il se trouve par suite tirailé et repoussé en arrière au niveau de la bronche droite, puis comprimé entre les deux ganglions moyen et supérieur, dévié enfin de son trajet normal et éloigné de la trachée par le ganglion supérieur.

L'ouverture de la trachée et des bronches fait constater qu'elles sont remplies, aussi bien à droite qu'à gauche, de sang rouge, spumeux, mais peu abondant. Il est à remarquer que dans la bronche droite, au niveau de son point de contact avec le gros ganglion que nous avons signalé, on voit une petite ulcération par laquelle on fait sortir de la matière caséeuse. Le ganglion correspondant est ramolli, ne contient pas de sang dans son intérieur ; entre lui et la bronche n'existe aucun vaisseau qu'il ait pu ulcérer.

Poumons remplis de granulations tuberculeuses d'âge différent. Pas de caverne, seulement au sommet quelques tubercules ramollis.

Les gros vaisseaux pulmonaires, suivis aussi loin que possible, ne présentent aucune trace d'ulcération pouvant rendre compte de la soudaineté et de l'abondance de cette hémorrhagie, qui a été telle qu'une grande quantité de sang a reflué dans l'œsophage et qu'on en retrouve dans l'estomac,

mélangé aux aliments, puis sous la forme d'un gros caillot noir. Le lavage répété de la muqueuse gastrique ne révèle aucune ulcération. La rate est criblée de granulations tuberculeuses ; dans le foie quelques noyaux tuberculeux. Rien au cœur.

XXI et XXII

OBSERVATIONS (BARTHEZ ET SANNÉ)

Hémoptysie dans adénopathie trachéo-bronchique.

A. par gêne circulatoire.

Il s'agit d'un garçon de 11 ans, qui étant assis, reçoit une poussée d'un de ses camarades ; il se lève en colère, veut faire quelques pas, *puis tout-à-coup tombe, en rendant des flots de sang par le nez et par la bouche.*

A l'autopsie, on trouva les ganglions bronchiques, du volume d'une grosse pomme, entièrement convertis en tissu gris, parsemé d'une petite quantité de matière tuberculeuse jaune. Aucune trace d'effraction vasculaire, seulement quelques ecchymoses pulmonaires.

« Probablement que, dans ce cas, la compression exercée par les ganglions a été la cause prédisposante d'une hémorrhagie dont la cause occasionnelle fut une vive émotion morale ; sous l'influence de celle-ci, les battements du cœur ayant augmenté de nombre et d'intensité, une plus grande quantité de sang aura afflué au poumon, et comme son retour était gêné par la compression, il en sera résulté une hémorrhagie foudroyante. »

B. Communication du kyste provenant du ramollissement ganglionnaire avec les vaisseaux.

Il s'agit d'un garçon de 3 ans et demi, chez qui on constate des signes de tuberculose et qui à la suite de quelques mouvements qu'on dut lui faire subir pour le changer de linge, *se mit à rejeter du sang en abondance, à pleine gorgée, à chaque mouvement expiratoire, sang rouge, spumeux, dont la quantité peut être évaluée à 3 palettes.* L'Hémorrhagie s'accompagna de pâleur de la face, petitesse du pouls et refroidissement des extrémités. La mort survint au bout de 3 minutes.

AUTOPSIE. — « En ouvrant la bronche-mère du lobe inférieur, on arrive dans une excavation capable de contenir une noix, remplie de caillots et de quelques débris tuberculeux ; cette caverne est sillonnée par plusieurs canaux saillants qui sont ou des vaisseaux ou des bronches. L'artère pulmonaire forme une de ces saillies, et présente à l'intérieur de la caverne une ouverture de 4 millimètres de long sur 2 de large. Les bronches sont ulcérées dans plusieurs endroits, et communiquent avec la caverne ; la bronche-mère est elle-même presque entièrement détruite.

La caverne est entourée presque de tous côtés par des ganglions tuberculeux qui la joignent, et dont l'un même fait saillie dans l'artère pulmonaire, sur la paroi opposée à la perforation. Les parties de la caverne qui ne sont pas entourées de ganglions sont continues avec le tissu pulmonaire hépatisé et farcies de granulations jaunes qui laissent entre elles peu de place. Il en résulte que la caverne, primitivement formée par des ganglions bron-

chiques, a fini par s'étendre jusqu'au tissu pulmonaire lui-même.»

XXIII

OBSERVATION recueillie dans le service de M. le professeur Grancher, suppléé par M. Hutinel
(JEANSELME) (1) (RÉSUMÉE)

*Ouverture de l'artère pulmonaire par une caverne
ganglionnaire*

J..., Jeanne, 13 ans et demi, entre à l'hôpital des enfants pour des douleurs abdominales et de la diarrhée. On reconnaît une péritonite tuberculeuse, plus marquée du côté droit du ventre.

Signes d'infiltration tuberculeuse aux deux sommets. Pas de ramollissement ni de cavernes. Fièvre hectique ; le soir, température montait à 39° et au dessus.

Dans la nuit du 13 au 14 août 1886 : *hémoptysie foudroyante, sang spumeux, rutilant, sortant à flots par la bouche et les narines : mort presque immédiate*. On pense à la rupture d'un anévrysme de Rasmussen dans une caverne pulmonaire ignorée.

Autopsie. — Poumons très pâles et très emphysémateux les deux plèvres sont saines, non épaissies ; il existe à droite vers la partie supérieure une petite languette fibreuse rattachant le poumon à la paroi ; à gauche vers

(1) Jeanselme. — De l'hémoptysie foudroyante par perforation vasculaire chez l'enfant, au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique. Rev. mal. enf. 92.

la partie supérieure également une adhérence très courte, parsemée de nodules caséux, relie étroitement le poumon à la paroi costale dans une étendue de la grandeur d'une pièce de 50 centimes environ. En détachant les poumons, il s'écoule du sang spumeux par la trachée.

Autour de la trachée, ganglions tuméfiés et fusionnés. Ils sont infiltrés de granulations grises ou jaunes.

Au point où la bronche droite pénètre dans le poumon, il existe sur sa face postérieure une solution de continuité verticale d'un centimètre environ. Cette fissure, située à l'origine de la scissure interlobaire, mène dans *une cavité ganglionnaire de la grosseur d'une noix*, assez régulièrement sphérique et comblée entièrement par un caillot cruorique. Un peu au-dessous de la fissure bronchique, dans la caverne ganglionnaire, existe un petit caillot fibrino-cruorique adhérent à une languette de tissu glandulaire ; en relevant cette mince membrane, on se trouve dans la branche droite de l'artère pulmonaire.

Tous les organes extrêmement anémiés. — Lésions de péritonite tuberculeuse.

XXIV

OBSERVATION (ALDIBERT) (1)

Hémoptysie foudroyante, chez un enfant de 4 ans, tuberculeux, causée par l'ouverture d'une branche de l'artère pulmonaire par une caverne ganglionnaire.

Le nommé F. H., 4 ans, entre à la salle Barrier, lit n° 14

(1) Aldibert. -- Deux cas d'adénopathie trachéo-bronchique avec hémoptysies foudroyantes. Revue mens. mal. enfance, février 1891.

avec une coqueluche, le 24 février. Dès le 6 mars, apparaît une broncho-pneumonie qui se localise surtout au sommet droit et qui persiste jusqu'au 10 avril. Cet enfant, fortement soupçonné de tuberculose pulmonaire, part cependant le 12 mai, très amélioré par la créosote et dans un état de santé assez satisfaisant. Il rentre dans la même salle, au n° 19, le 19 juin ; à son retour, on constate une induration très marquée du sommet droit, se traduisant en avant par un souffle tubaire à timbre caverneux ; il reste ainsi jusqu'au 21 juillet, ayant une température oscillant entre 37° et 38°5, le soir, maigrissant, toussant, avec une expectoration muco-purulente abondante ; les signes physiques ne se modifiaient pas, le souffle persistait en avant avec les mêmes caractères, tandis que, en arrière, on ne percevait dans la fosse sus-épineuse que de la matité avec quelques râles humides, on avait, de plus, constaté un souffle bronchique très accusé avec matité dans la région interscapulaire. Le 21 février, l'expectoration se modifie et les crachats contiennent quelques filets de sang ; *pendant toute la journée du 22, l'enfant crache du sang presque pur, rouge, spumeux et aéré* : l'hémoptysie s'arrête un peu dans la matinée du 23 mais à 11 heures, brusquement et sans mouvement occasionnel violent, *le petit malade rend subitement une quantité de sang considérable en deux ou trois efforts et meurt.*

AUTOPSIE. — Poumons fixés d'une façon intime, à la face antérieure du péricarde ; adhérences pleurales des deux côtés, plus solides au sommet droit où il est néces-

saire d'enlever la plèvre costale pour ne pas déchirer le poumon.

Entre les deux poumons, surmontant la péricarde, existe un bloc solide du volume du poing, de forme pyramidale à sommet supérieur et à base inférieure, englobant complètement la trachée, les bronches, les gros vaisseaux et les nerfs de la région. Cette masse est constituée par des ganglions énormes, tous tuberculeux, caséux et ramollis pour la plupart, unis entre eux par du tissu scléreux. A la base de cette pyramide, après avoir décollé l'œsophage, on tombe sur une cavité remplie d'une sanie puriforme et sanguinolente et dont la délimitation exacte est assez difficile. Cette cavité, siège en avant et au-dessous de la bifurcation de la trachée. Elle a pour limites, à droite le hile du poumon droit ; à gauche des ganglions sous-bronchiques gauches caséux ; en arrière, un tissu épaissi, dur, lardacé qui la sépare de l'œsophage ; en avant, une réunion de ganglions péri-trachéo-bronchiques noyés dans un tissu fongueux ; en haut, les bronches droite et gauche ; enfin en bas, la cavité repose sur le péricarde et arrive jusqu'aux grosses divisions de l'artère pulmonaire qui rampent sur sa paroi inférieure. Les parois de cette excavation, creusée aux dépens d'un ganglion du groupe sous-bronchique, et du volume d'une grosse noix, sont irrégulières et très anfractueuses ; quant au contenu, il est constitué par une matière sanieuse, chocolatée, avec des grumeaux caséux, mais sans caillots sanguins. C'est sur la paroi postérieure que se trouve les deux perforations qui ont fait communiquer la bronche droite et l'artère pulmo-

naire. Elles siègent en face l'une de l'autre et ne sont éloignées que par une distance d'environ 5 millimètres. Celle de la bronche s'aperçoit à quelques millimètres avant sa bifurcation et occupe sa face inférieure ; elle est allongée, elliptique et a l'étendue d'une pièce de 20 centimes ; ses bords sont amincis, déchiquetés, mais n'offrent aucune granulation tuberculeuse visible à l'œil nu.

La perforation de l'artère pulmonaire siège sur la branche qui se rend au lobe supérieur et qui a ici le volume d'une plume d'oie ; cette branche présente partout un calibre égal et on n'y constate aucun renflement rappelant un sac anévrysmal ; l'orifice qui s'aperçoit sur la face supérieure, est très allongé, ovoïde, et a une largeur de 3 millimètres sur un demi-centimètre de longueur ; les bords en sont un peu irréguliers et échancrés. Tout autour de la solution de continuité, les parois artérielles sont friables et ramollies. Cette cavité produite par la fonte caséuse d'un ganglion sous-bronchique droit est séparée du poumon correspondant par une couche assez épaisse de tissu induré. Dans la partie voisine du parenchyme, il existe une petite caverne, mais qui n'a pas de communication avec l'excavation précédente ; tout ce poumon, du reste, présente les lésions de la pneumonie caséuse. Dans le poumon gauche existent de nombreux tubercules crus avec de la broncho-pneumonie chronique et l'on constate en outre des granulations grises, en assez petit nombre, dans la rate, sur la surface convexe du foie et sur le péritoine.

2^e OBSERVATION DE ALDIBERT. (Résumée)

Hémoptysie chez un enfant de 3 ans. Ouverture d'une branche de l'artère pulmonaire par une caverne ganglionnaire.

G. M. 3 ans, entre le 29 septembre, salle Barrier, n° 19.

Enfant très-amaigri, présentant les signes d'une induration de tout le poumon droit, plus marquée à la base. Temp. de 37°, 5 à 39°.

Tout d'un coup, le 25 octobre, à 1 heure de l'après-midi, sans que rien pût faire soupçonner une issue fatale, *il avait une hémoptysie très-abondante et immédiatement mortelle.*

Autopsie. — Adhérences pleurales solides fixent les deux poumons à la face antérieure du péricarde et à la plèvre costale.

Au niveau du hile du poumon, au point de la bifurcation de la bronche droite, on trouve une cavité remplie de caillots sanguins, creusée aux dépens de l'un des ganglions qu'accompagnent les premières divisions bronchiques. Cette caverne ganglionnaire, dont les parois présentent des fragments stratifiés, feuilletés, d'un blanc jaunâtre, est traversée complètement par trois branches de l'artère pulmonaire se dirigeant vers les lobes supérieur et inférieur, qui sont absolument isolées et sans appui comme trois cordes tendues d'une paroi à l'autre. Sur l'une de ces branches se trouve la perforation qui a donné lieu à l'hémorrhagie mortelle. La perforation bronchique s'aperçoit sur la face interne de la cavité : Elle siège sur

la grosse division un moment commune aux lobes moyen et inférieur.

Les branches de l'artère pulmonaire sont couvertes d'un semis de granulations très-nettes.

Les deux poumons sont farcis de granulations tuberculeuses et de tubercules massifs, mais sans aucune caverne.

XXVI

3^e OBSERVATION DE ALDIBERT. (Résumée)

Hémoptysie froudroy. chez une fillette de 4 ans, probablement due à l'ulcération d'une branche de l'artère pulmonaire.

Il s'agit d'une fillette de 4 ans, qui, convalescente d'une broncho-pneumonie, fut prise brusquement, en se baissant pour cueillir une fleur, de vomissements de sang. Pendant les quelques minutes où on essaya de la ranimer, le sang continua à couler en bavant et en grande quantité par l'orifice buccal.

L'autopsie ne put être pratiquée. L'abondance de l'hémoptysie permet d'émettre l'hypothèse d'une rupture probable de l'artère pulmonaire.

XXVII

OBSERVATIONS RÉSUMÉES (BERTON)

Hémoptysie foudroyante et terminale, chez une petite fille de onze ans, due à l'ulcération d'une branche de l'artère pulmonaire par une caverne ganglionnaire.

B. Marie. 11 ans, avait eu la variole le 14 septembre,

1826, et, depuis cette époque, avait conservé de la toux. Elle entra à l'hôpital des enfants malades le 14 février 1827. On reconnut un défaut d'expansion pulmonaire du côté gauche, de la matité et des râles. — Cette jeune fille toussait, mais pas de fièvre, et assez d'embonpoint.

Le 16 juin, elle était descendue à la lingerie, quand tout-à-coup, *dans un moment de gaieté, elle fut prise d'une hémoptysie qui devint promptement mortelle.* La respiration demeura suspendue, et les battements du cœur devinrent imperceptibles aussitôt après l'accident. Les artères brachiales, radiales et cubitales continuèrent encore de battre pendant à peu près vingt minutes.

Autopsie le 27 juin 1827. — A la surface du poulmon gauche fausses membranes épaisses et résistantes et assez anciennes. — Granulations répandues à la surface de ce viscère, ganglions bronchiques volumineux. Au milieu des ganglions agglomérés, une caverne dans laquelle s'abouchaient une perforation de l'artère pulmonaire et une perforation bronchique. Le kyste ganglionnaire adhérait à la surface voisine et nullement altérée du tissu pulmonaire.

Hémoptysie foudroyante et terminale chez une petite fille de 3 ans 1/2, tuberculeuse, et due à l'ulcération du tronc de l'artère pulmonaire par un kyste ganglionnaire.

Fillette, de 3 ans 1/2, entrée à l'hôpital le 2 janvier 1827, pour de la bronchite et de l'entérite. Elle toussait, avait maigri, présentait de la fièvre, mais se plaignait surtout de son ventre. L'attention du médecin était attirée plus particulièrement du côté des phénomènes abdominaux.

Tout-à-coup, le 29 janvier, à 6 heures 1/4 du soir, cette *petite malade eut une hémoptysie foudroyante*. Le sang sortit à flots par la bouche et par le nez, et la mort arriva d'une manière instantanée.

Autopsie le 31 janvier.

Vaste caverne pulmonaire, œuf de poule communiquant avec une caverne ganglionnaire. Le kyste bronchique présentait une ouverture béante, par laquelle il était facile d'arriver dans le tronc gauche de l'artère pulmonaire, qui se trouvait perforée vers le point où elle se partage pour se diriger vers chaque poulmon.

Sang dans le larynx, la trachée, les bronches, et les cavernes.

XXVIII

OBSERVATION (BERTON)

Hémoptysie abondante durant plusieurs jours, due à une appoplexie pulmonaire du poulmon droit, chez une jeune fille de 13 ans. — Scarlatine, puis variole. — Mort.

Clémentine Scellier, âgée de 13 ans, contracte la scarlatine d'un enfant dont on lui avait confié la garde. Erythème accompagné d'une angine assez intense et d'éruption miliaire, parcourut régulièrement sa marche. Entrée à l'hôpital le 31 mai, la malade en sortit le 12 juin, au moment où avait lieu la desquamation de l'épiderme. Au moment de sa sortie elle était affectée d'une diarrhée qui céda deux jours après. Les jours suivants il survint de l'œdème à la face et aux membres ; ce qui n'empêcha pas la malade de se livrer à ses occupations habituelles.

Le 17 juin, *elle fut prise d'une hémoptysie abondante*; un verre de sang écumeux et rutilant fut rendu par l'expectoration dans l'espace de quelques minutes; la malade ressentit en même temps un frisson violent et une douleur du côté droit de la poitrine, *l'hémoptysie persista le lendemain mais plus abondante* que la veille.

Transportée à l'hôpital dans la journée du 18, on lui pratiqua à son arrivée une large saignée du bras; le caillot ne se recouvre que d'une couenne très mince. — Le 19 à la visite du matin, décubitus dorsal, infiltration séreuse de la face et des paupières, chaleur de peau médiocre; desquamation de l'épiderme sur les membres; pouls 132, dyspnée intense, 48 inspirations; parole entrecoupée, toux grasse, suivie de l'expectoration de crachats, les uns muqueux, les autres *formés de sang pur*; tout le côté droit de la poitrine est endolori, respiration pure à gauche expansion moins franche à droite, où l'on entend un souffle tubaire douteux vers le sommet; sonorité de la poitrine normale.

Le 21, fièvre plus intense, respiration gênée, insomnie, agitation, quelques soubresauts des tendons, *l'expectoration sanglante persiste*.

Le 22, une éruption variolique apparaît. *Le crachoir contient encore quelques crachats formés de sang pur, noirâtre*, la douleur de côté est circonscrite à l'hypochondre droit.

L'éruption variolique suit son cours, et arrive le 28 à la suppuration.

Dépérissement progressif jusqu'à la mort qui a lieu le 11 juillet.

Autopsie. — Epiglotte, larynx, trachée-artère pâles, ainsi que les bronches, à leur origine ; le poumon gauche ne présente pas d'adhérence ; son tissu est perméable à l'air dans toute son étendue ; fausses membranes récentes de toute la plèvre diaphragmatique et du tiers inférieur de la plèvre costale du côté droit. Tiers inférieur et postérieur du lobe supérieur est transformé en une masse d'un noir de jais, dont la densité et la frangibilité contrastent avec l'état parfaitement sain de la partie antérieure ; le lobe moyen est sain, mélangé d'hépatisation rouge et grise du lobe inférieur.

XXIX

OBSERVATION (LÉVEILLÉ) (1)

Apoplexie pulmonaire, chez un enfant de 13 ans, s'accompagnant d'hémoptysie. — Guérison.

Une jeune fille de 13 ans, fortement constituée et non réglée, éprouva, le 6 mai 1814, du malaise et du frisson immédiatement après son lever ; il survint ensuite une fièvre violente qui la força de se remettre au lit. Au même instant, la respiration fut très gênée et très courte ; la figure se gonfla et se colora beaucoup. La malade qui *crachait du sang*, était d'une agitation extrême ; on ne la calma qu'en ouvrant les croisées de l'appartement, dont il fallut l'approcher. Il y avait en outre céphalagie très vive, dilatation des pupilles, obscurcissement de la vue, respiration courte, râlante, et salive écumeuse, *sanguino-*

(1) Lèveillé. — *Revue médicale française et étrangère* 1837.

lente, remplissant la bouche. La suffocation était imminente. Sous mes yeux, une sœur de Charité ouvrit la veine que je ne fis fermer que quand le pouls, cessant d'être petit, serré et résistant sous le doigt, se fit sentir mou, développé et mesuré dans ses pulsations. Aussitôt, la respiration fut plus facile et l'assoupissement dissipé. Le soir même, je fis encore appliquer six sangsues de chaque côté du cou ; la perte de sang fut considérable ; tous les accidents cessèrent et la convalescence se décida sur le champ.

OBSERVATION (LATOUR) (1)

Apoplexie foudroyante du poumon accompagnée d'une légère hémoptysie.

Une fille de 14 ans, très forte, après avoir rendu *quelques crachats teintés de sang*, meurt presque subitement. A l'autopsie, dit l'auteur nous trouvâmes les poumons dans un état de plénitude extrême presque entièrement engorgés de sang noir. Les deux cavités (plèvres droite et gauche) en contenaient aussi une quantité qui s'y trouvait épanchée par de petites crévasses remarquables à la surface des deux lobes. Le cœur, les grosses artères et les veines qui en émanent immédiatement ne présentaient rien de particulier et ne contenaient que très peu de sang.

(1) Latour. II page 22.

OBSERVATION (INÉDITE) (1)

Hémoptysie assez abondante dans le cours d'une attaque de grippe, chez une petite fille de 3 ans 1/2. — Guérison.

« Le 10 décembre 1891, je fus appelé, par mon honorable confrère le docteur Parizot, auprès d'une de ses jeunes clientes qui, malade depuis six jours, avait, au cours d'une grippe de moyenne intensité comme réaction fébrile, mais caractérisée par des accès de toux violents, présenté *une hémoptysie assez abondante*. L'effroi qu'entraîne toujours un pareil accident avait déterminé mon confrère à demander mon avis.

« L'enfant, petite fille blonde et délicate, ne présentait que les signes d'une affection aiguë bronchique : râles sibilants dans toute la poitrine, quelques râles sous-crépitanants disséminés dans les deux poumons. Aucune localisation de matité, aucune agglomération de râles vers les sommets de la poitrine.

« Recherchant la polyadénopathie qui, si souvent chez l'enfant, révèle une imprégnation de l'appareil lymphatique par les bacilles de Koch, je ne trouvais que quelques rares ganglions cervicaux ; les creux axillaires, les plis inguinaux ne présentaient aucun ganglion engorgé. Il est superflu de dire que les cavités nasales ont été explorées et qu'aucune épistaxis ayant pu s'évacuer par le pharynx ne s'était produite.

(1) Nous devons cette intéressante observation à M. le docteur Legroux, à qui nous adressons nos plus sincères et plus respectueux remerciements.

« J'annonçais que, chez cette enfant, *la congestion bronchique grippale était seule en cause*, que cette hémoptysie, qui éveillait tant de craintes pour le présent et l'avenir, ne se reproduirait probablement pas, et que la grippe suivrait une marche régulière vers la guérison.

« Mon confrère et moi, nous prescrivîmes des ventouses scarifiées, une potion avec 0,10 centigrammes d'extrait de digitale, et 1 gr. 50 d'ergotine ; enfin deux doses d'antipyrine de 0,50 centigrammes chacune furent administrées dans les 24 heures, pendant 3 jours.

« La maladie évolua sans autre accident, et je ne revis pas la malade.

« Depuis cette époque, j'appris, par le docteur Parizot que je vis quelques mois plus tard, que l'enfant était actuellement très-bien portante, et n'offrait aucun indice de tuberculose.

« Ainsi donc, voici une *hémoptysie*, survenue chez une fillette de 3 ans 1/2, au cours de la grippe, et qui n'a été motivée que par l'état congestif des bronches, sans lésion appréciable depuis de tuberculose.

« J'ajouterai que j'ai pu constater, au cours de l'épidémie d'influenza de 1889-1890, plusieurs fois, des crachats hémoptoïques chez des personnes adultes, hommes ou femmes, et que cet accident n'a été suivi chez aucun d'eux de manifestations ultérieures de tuberculose. »

OBSERVATION (BARTHEZ ET SANNÉ)

Hémoptysie primitive active chez une fille de 12 ans. Symptômes de bronchite. Guérison

Lacour, âgée de 12 ans, entre le 9 septembre 1837, à l'Hôpital des Enfants Malades.

Enfant sujette aux épistaxis et non réglée.

Lé mardi, 3 septembre, elle se sentit du malaise, l'appétit diminua, et elle eut quelques vomissements après avoir mangé ; mais elle continua ses occupations, et le 4 septembre elle sortit encore dans la journée.

Dans l'après-dînée, elle éprouva de la gêne à respirer, et, à dix heures du soir, sans cause connue, *elle eut une hémoptysie assez abondante.*

Le sang rejeté a été évalué à la quantité de 250 grammes. Il survint de la toux ; l'oppression augmenta et s'accompagna de point de côté. On pratiqua immédiatement une saignée de deux palettes. Le lendemain au matin, *comme elle rendait encore des crachats sanguinolents* on pratiqua une seconde saignée d'une palette ; après chacune de ces émissions sanguines, elle éprouva des lipothymies. Nous la vîmes le 9 septembre, à huit heures du matin (treize heures après le début de l'hémoptysie). Elle était alors dans l'état suivant :

Grande et forte, yeux bleus, cheveux châtain foncé, cils longs, peau fine et blanche. La face est un peu bouffie, le facies assez bon, le décubitus indifférent. La peau est chaude et sèche. le pouls a 128, noal, 28 inspirations. La poitrine est bien conformée. En arrière la percussion est également sonore des deux côtés ; on entend un râle muqueux très-abondant ; il occupe toute la hauteur à droite où il est gros ; il est plus fin à gauche, où on le perçoit dans les deux tiers inférieurs seulement. En avant, la percussion est sonore, et l'on n'entend du râle que du côté gauche. Nulle part la voix ne retentit. Les battements du cœur sont masqués par le râle. La toux est rare, accompagnée d'une expectoration grisâtre non adhérente. Le côté gauche est légèrement douloureux. Le ventre est souple et indolent, la langue humide ; pas de selles, peu d'appétit ; la soif n'est pas exagérée. Pas de céphalagie, de vue trouble, ni d'éternuement. (Guimauve, pédiluves, cataplasmes, lait coupé, saignée).

Le lendemain, 2 juin, pouls 120 ; respiration 128 ; face pâle ; le râle diminue d'abondance en avant, à gauche ; mais il persiste en arrière.

La toux continue ; il n'y a pas d'expectoration sanglante.

Les jours suivants la fièvre diminue progressivement, le point de côté disparaît ; le râle persiste en arrière, tantôt fin, tantôt gros, en présentant de nombreuses alternatives d'augmentation et de diminution, mais il disparaît en avant ; la percussion reste sonore ; l'appétit est bon,

la soif médiocre, les selles régulières. (Le vingtième jour de la maladie, on pratiqua une saignée de deux palettes, on administra un julep de 2 grammes d'oxyde blanc d'antimoine, et l'on appliqua une emplâtre de poix de Bourgogne entre les deux épaules.) Sous l'influence de cette médication, le râle ne diminua pas d'abord, mais au bout de quelques jours il tendit à disparaître, il était très rare lorsque l'enfant quitta l'hôpital, vingt-huit jours après le début de l'hémoptysie. A cette époque la toux l'expectoration et la fièvre avaient entièrement disparu, l'enfant n'était pas sensiblement amaigrie.

« Nous considérons l'hémoptysie de cette jeune fille comme *essentielle*, [tout au moins il nous semble évident qu'elle n'a pas été liée à une affection tuberculeuse du poumon. L'hémorrhagie a été suivie d'une bronchite intense, et peut être d'une congestion ou d'une apoplexie pulmonaire, mais, à aucune époque, les signes physiques n'ont indiqué le développement de tubercules.

L'âge de l'enfant, *voisin de la puberté*, la force de la constitution nous portent aussi à penser que l'hémorrhagie était *essentielle* et sans doute *supplémentaire*. »

OBSERVATION (INÉDITE) (1).

Hémoptysie chez un nouveau-né athrepsique, pouvant s'expliquer par les faits de digestion du poumon signalés par Parrot.

X., nourrisson de deux mois environ, entre à la nourricerie de l'Hospice des Enfants assistés, dans le service du docteur Hutinel, dans le courant de l'année 1891, pour des phénomènes d'athrepsie, diarrhée et vomissements. On observe, de plus, au niveau des fesses, une éruption papuleuse, avec eczéma généralisé à la partie postérieure des membres inférieurs, rappelant les éruptions signalées par Jacquet, sous le nom de « syphiloïdes postérosives ». Mais jamais le diagnostic de syphilis n'a été porté, et cela d'une façon certaine.

Brusquement, quelques jours après son entrée, *l'enfant rejeta une petite quantité de sang par la bouche, à la suite d'efforts de vomissements*. On constata, en outre, à l'auscultation, quelques râles sous-crépitaux sans foyer net de broncho-pneumonie. L'enfant mourut le soir avec de l'hypothermie.

Le lendemain, à l'autopsie, on trouva le poumon gauche tombé pour ainsi dire en putrilage quoique le cadavre ait été conservé dans la glace ; presque complè-

(1) Nous devons cette courte mais si curieuse observation à M. le docteur Mussy, ancien interne de M. le docteur Hutinel.

tement disséqué, comme s'il se fut agi d'une gangrène disséminée du poumon, mais sans odeur quelconque. L'autre poumon ne présentait rien de semblable, rien que de la congestion. Pas de tuberculose ganglionnaire, ni pulmonaire. Pas de traces de syphilis.

C'est devant ces constatations cadavériques, en l'absence de toute thrombose pulmonaire, que M. Hutinel pensa qu'il s'agissait là d'un de ces faits de digestion pulmonaire par le suc gastrique, signalés par Parrot, à la suite de vomissements au moment d'une quinte de toux, le rejet étant presque impossible par suite de l'état adynamique du sujet.

CONCLUSIONS

I. — L'hémoptysie, chez l'enfant, est un accident d'une extrême rareté. Nous avons pu toutefois, nous-même, en observer trois cas certains, et nous en avons relevé plus d'une trentaine dans la science.

II. — L'hémoptysie, est surtout rare chez le nouveau-né. Les quelques cas rapportés, souvent bien difficiles à expliquer, ont été rattachés à une persistance de l'état embryonnaire des vaisseaux pulmonaires, aux coagulations intraveineuses pulmonaires, d'origine cachectique, enfin, dans un cas, tout spécial à une véritable digestion du poumon, par pénétration dans les voies respiratoires, du chyme acide régurgité (Parrot, Hutinel).

III. — De un an, jusqu'à 12 ou 14 ans, les affections qui peuvent, le plus souvent, déterminer l'hémoptysie chez l'enfant sont la tuberculose, et la gangrène pulmonaires.

La gangrène pulmonaire qui fréquemment occasionne l'hémoptysie (Rilliet et Barthéz), est beaucoup plus rare que la tuberculose pulmonaire. — C'est donc la tuberculose pulmonaire qui domine dans la pathogénie de l'hémoptysie chez l'enfant.

IV. — Les hémoptysies du début de la tuberculose ne s'observent presque jamais avant douze ou quatorze ans, et encore sont elles rares à cet âge.

V. — Le rôle de l'adénopathie trachéo-bronchique, dans la genèse de l'hémoptysie chez l'enfant, est considérable.

VI. — L'état des vaisseaux lié à des altérations d'origine hérédosyphilitique, a été invoqué pour expliquer certaines hémoptysies chez l'enfant. — Ce n'est qu'une hypothèse, mais nous la croyons admissible dans quelques cas.

VII. — L'hémoptysie chez l'enfant est souvent foudroyante et terminale. La prévision de cet accident redoutable est, la plupart du temps, rendue impossible par l'absence de signes cavitaires, de symptômes précurseurs et par le début brusque et instantané de l'hémorrhagie.

La constatation de l'existence d'adénopathie trachéo-bronchique accentuée, et de la présence de sang dans les selles, pourra toutefois, à ce point de vue, éclairer utilement le médecin.

VIII. — Il y a nécessité de traiter de bonne heure l'adénopathie trachéo-bronchique qui est souvent curable. Il est enfin croyons nous, rationnel d'admettre que le traitement antisyphilitique puisse, dans certains cas bien déterminés, au point de vue préventif, rendre d'utiles services.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu : Le Président de la Thèse,
LABOULBÈNE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15 rue Racine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1° Indications relatives à l'hémoptysie dans l'enfance

LÉVEILLÉ. — *Revue médicale française et étrangère*, 1837.

BERTON. — *Traité pratique des maladies des enfants*.
Paris 1842.

BECQUEREL. — *Traité théorique et pratique des maladies des enfants*. 1842.

LATOUR. — T. II. p. 22.

BOUCHUT. — *Maladies des nouveau-nés*.

RILLIET ET BARTHEZ. — BARTHEZ ET SANNÉ. —
Traité clinique et pratique des maladies des enfants.

VOGEL. — *Traité élémentaire des maladies de l'enfance*.
1872.

RASMUSSEN. — Cité in Chardin. Th. Paris, 74.

BARÉTY. — *Adénopathie trachéo-bronchique*. Th. Paris,
75.

HUTINEL. — *Troubles de la circulation veineuse chez les enfants et les nouveau-nés en particulier*. Th. Paris, 77.

CARRIÉ. — *Gazette médicale de Paris*, 4 mai, 78.

LEBERT (HERMANN). — *Traité clinique et pratique de la Phtisie pulmonaire*, 1879.

FOSS. — *British med. journal*. Août 79, page 171.

JACUBASH. — *Jahrh fur Kinderh*, Bd. XV Hefts, 2, 1880.

- WEST. — Leçons sur les maladies des enfants, traduites et annotées par Archambault. — 2^e édition française Paris 1881.
- STAWELL. — *British med. journal*, d'après le *London med. Record* n° 15 — 1885.
- HENOCH et HENDRIX. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants. — 1885.
- CADET de GASSICOURT. — *Journal de médecine de Paris*. 21 mars 86.
- MANTEL. — *Progrès médical*. 87.
- M. BAUDOIN. — Un cas de tétanos traumatique chez l'enfant. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*. 87.
- OLLIVIER. — La rage chez les enfants. *Rev. mens. mal. enf* Oct. 87.
- D'ESPINÉ et PICOT. — Manuel pratique des maladies de l'enfance.
- MARTIN de GIMARD. — Du purpura hémorrhagique primitif. Th. Paris 1888.
- ALDIBERT. — *Rev. mens. mal. enfance*. fév. 91.
- JEANSELME. — *Rev. mens. mal. enfance*. 92.

2^o Indications relatives à la pathologie infantile.

Parrot. — L'Athrepsie

- LANNELONGUE. — Tub. externe congénitale et précoce. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose, publiées par M. le professeur Verneuil. Masson, 1887.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Clinique médicale.
- DAMASCHINO. — Note sur la tuberculose des enfants à la mamelle, in société médicale des hôpitaux. Mai 86.

BALZER ET GRANDHOMME. — Broncho-pneumonie syphilitique du fœtus et du nouveau-né. *Rev. mens. mal. enf.* 86.

HARTMANN ET PIGNOT. — Hémorrhagies et syphilis. *Annales de Dermatologie et de Syphilis.* 86.

LANDOUZY ET QUEYRAT. — *Revue de Médecine*, 10 mai 87.

GRANCHER. — *Revue mens. mal, enfance*, 87.

SANNÉ. — Anévrysme de aorte et athéromasie aortique dans l'enfance. *Rev. mens. mal. enfance*, 87.

MENETRIER. — Archives de médecine expérimentale, janv. 90.

HUTINEL. — De l'hérédité tuberculeuse. Congrès de la tuberculose, 1891.

W. P. NORTHRUP. — Tuberculosis in children. Primary infection in bronchial lymph nodes. *The New-York med. journal*, 21 fév. 91.

AVIRAGNET — De la tuberculose chez les enfants. Th. Paris 92.

PASCAL, — Th. Paris 92.
